



EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Pertinence des indications de la césarienne programmée à terme en Provence-Alpes-Côte d'Azur

Comparaison 2014-2015 versus - 2017-2018

Rapport Régional PACA
Novembre 2019

Sommaire

Synthèse des résultats : <i>ce qu'il faut retenir</i>	3
I. Objectifs de l'étude	4
II. Méthodologie de l'étude.....	4
1) Equipe projet.....	4
2) Type d'étude	4
3) Population étudiée.....	5
4) Modalités d'échantillonnage des dossiers	5
5) Recueil des données.....	5
6) Saisie des données	6
7) Analyse statistique	6
III. Résultats : comparaison des résultats T1 (2014-2015) versus T2 (2017-2018)	7
1) Participation des maternités et nombre de dossiers analysés aux deux temps.....	7
2) Description des patientes.....	8
a) Antécédents obstétricaux	8
b) Age gestationnel de la grossesse	9
3) AUDIT DES DOSSIERS MEDICAUX : indications pour les césariennes programmées à terme réalisées en 2014/2015 et en 2017/2018	10
a) Présence d'indications pour la césarienne programmée à terme dans les dossiers	10
b) Respect des indications pour les grossesses monofœtales	11
c) Analyse des informations relevées dans les dossiers médicaux.....	12
4) REVUE DE PERTINENCE DES PRATIQUES de la césarienne programmée à terme	20
a) Conformité de l'âge gestationnel de la césarienne programmée à terme	20
b) Evaluation de la pertinence du point de vue de la maternité.....	21
IV. Annexes	27
1) Grille de recueils de données	27

SYNTHÈSE DES RESULTATS : CE QU'IL FAUT RETENIR

Méthode et objectif

- Deux enquêtes portant sur les césariennes programmées à terme ont été menées en 2014-2015 (T1) et en 2017-2018 (T2) sur l'ensemble des maternités de la région PACA.
- L'objectif était d'évaluer le niveau de pertinence des pratiques concernant les indications de césariennes programmées à terme, en se basant sur les recommandations de bonne pratique publiée par la HAS en Janvier 2012.
- Pour cela, un audit de pratiques à partir des dossiers médicaux et une revue de pertinence selon la méthodologie définie par la HAS ont été réalisés.

Participation des maternités et nombre de dossiers médicaux analysés

- Sur les 42 maternités de la région PACA, 26 d'entre elles ont participé aux deux enquêtes (61,9%). Seules ces 26 maternités ont été prises en compte dans les analyses comparatives.
- Nombre de dossiers analysés : 1256 (T1) et 1174 (T2).

Les points les plus marquants

- Plus de 60% des grossesses étaient à un âge gestationnel supérieur ou égal à 39 SA.
 - **Augmentation de la part des grossesses avec un âge gestationnel ≥ 39 SA** : 63,6% versus 69,1%.
- **Dans la très grande majorité des dossiers médicaux, au moins une indication était notée pour une césarienne programmée à terme (> 95%).** On retrouve deux catégories d'indications :
 - Celles correspondantes aux recommandations de la HAS, qui sont majoritaires (> 80%).
 - Celles dites hors recommandations, environ 42%.

Lors des deux enquêtes T1 et T2, les trois indications correspondantes aux recommandations de la HAS les plus fréquemment retrouvées étaient:

- **Utérus cicatriciel par antécédent de césarienne,**
- **Présentation fœtale par le siège,**
- **Césarienne sur demande.**
- **Augmentation du pourcentage de césariennes sur demande** sur entre les deux enquêtes.
 - 17,9% à T1 versus 21,6% à T2.
- **Diminution du pourcentage de césarienne programmée avant 39 SA parmi les grossesses monofoétales** : près de 7 points entre les deux enquêtes (> 25%)
- **Amélioration concernant les éléments d'information communiqués** à la femme enceinte lors de la 2ème enquête.
- **Plus de 2 césariennes sur 3 ont été réalisées selon un âge gestationnel conforme (grossesse monofoétale + AG ≥ 39 SA et grossesse gémellaire+AG ≥ 38 SA).**
 - La part de césariennes réalisées selon un âge gestationnel conforme a augmenté entre les deux enquêtes.
- La part des césariennes pertinentes est restée stable aux deux temps de l'enquête. En revanche, **la part des césariennes non pertinentes mais justifié a très légèrement diminué. La part des césariennes non pertinentes non justifiées a quant à elle légèrement augmenté.**

I. OBJECTIFS DE L'ETUDE

Evaluer le niveau de pertinence des pratiques concernant les indications de césariennes programmées à terme, en vue d'améliorer les pratiques

II. METHODOLOGIE DE L'ETUDE

1) Equipe projet

Cette étude a été réalisée par le **Réseau Méditerranée**. Le protocole et les outils ont été élaborés et validés par le comité d'évaluation du Réseau Méditerranée.

2) Type d'étude

Il s'agit d'une étude multicentrique menée sur les maternités localisées en région PACA. Cette étude porte sur les césariennes programmées à terme.

L'étude réalisée est à la fois un **audit de pratiques** et une **revue de pertinence** selon la méthodologie définie par la HAS, avec un recueil de données rétrospectif à partir du dossier du patient. Toutes les données ont été anonymisées.

Cette étude s'appuie sur les **recommandations de bonne pratique publiée par la HAS** en Janvier 2012 : « *Indications de la césarienne programmée à terme* ».

Pour cela, deux enquêtes ont été réalisées :

- ⇒ **En 2014-2015, une première enquête (T1)** a été menée afin d'effectuer un état des lieux des pratiques en matière d'indication de césarienne programmée à terme, par rapport aux recommandations de l'HAS sorties en Janvier 2012.
- ⇒ **En 2017-2018, une seconde enquête (T2)** a été conduite afin d'évaluer l'impact des actions d'amélioration mises en place par les établissements, à partir des résultats de la 1ère enquête, pour faire évoluer leurs pratiques en terme de prise en charge des césariennes programmées à terme.

Cette action est incluse dans le cadre de l'amélioration de la pertinence des soins, ayant pour but l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi qu'une meilleure efficience des dépenses de santé.

3) Population étudiée

D'après la définition de la césarienne programmée à terme retenue par la HAS pour l'élaboration de ses recommandations, nous avons ciblé **les césariennes programmées à terme, non liées à une situation d'urgence apparaissant en dehors du travail ou au cours du travail.**

Ont été incluses dans l'étude toutes les patientes :

- quel que soit leur âge,
- quelle que soit la parité,
- avec grossesse monofoetale ou grossesse gémellaire bichoriales biamniotiques,
- ayant bénéficié d'un accouchement par césarienne programmée à terme (≥ 37 SA) dans l'une des maternités de la région PACA,

Ont été exclues de l'étude les patients ayant :

- des indications de césarienne programmée avant terme (< 37 SA),
- des indications de césarienne liée à une situation d'urgence apparaissant avant le travail ou au cours du travail,
- des césariennes programmées, réalisés en urgence antérieurement à la date initialement prévue,
- des grossesses gémellaires monochoriales biamniotiques, les grossesses gémellaires monochoriales monoamniotiques, les autres grossesses multiples.

4) Modalités d'échantillonnage des dossiers

L'échantillon des dossiers patients a été déterminé en fonction du nombre d'accouchements réalisés par l'établissement selon la règle suivante :

- Etablissements réalisant moins de 1000 accouchements/an : 30 dossiers
- Etablissements réalisant entre 1000 et 2000 accouchements/an : 40 dossiers
- Etablissements réalisant plus de 2000 accouchements/an : 80 dossiers

A titre indicatif, le code CCAM utilisé est *JQA002* signifiant accouchement par césarienne programmée, par laparotomie.

Les dossiers ont été tirés au sort par le Département d'Information Médicale sur l'année n-1 et pour les médecins libéraux, au prorata du nombre de césariennes réalisées par chaque praticien.

5) Recueil des données

Le questionnaire est composé de deux parties :

- La première partie est une grille d'audit de pratiques issue du modèle réalisé par le Réseau sécurité naissance en 2013 basé sur les recommandations de bonne pratique publiée par la HAS en Janvier 2012 : « Indications de la césarienne programmée à terme »,
- La seconde partie reprend la grille de pertinence issue du modèle CCECQA [Annexe 1].

Les questionnaires ont été complétés rétrospectivement par l'équipe de la maternité à partir de l'analyse des dossiers obstétricaux des patientes. L'objectif était de relever les indications de césarienne tracées dans le dossier patient.

Ce recueil a été réalisé en présence de la sage-femme cadre du service, d'un médecin et si cela a été possible d'un membre de l'établissement externe au service de maternité (cadre, assistant qualité...). Cette démarche est fondée sur une auto-évaluation par les professionnels eux-mêmes.

6) Saisie des données

Les données ont directement été saisies en ligne. Chaque référent nommé a reçu par mail le lien d'accès à la saisie en ligne des données.

7) Analyse statistique

Dans ce rapport, seules les données des maternités ayant participé aux deux enquêtes, T1 et T2, ont été analysées. Les résultats ont ensuite été anonymisés.

Toutes les données ont été analysées sur le logiciel SPSS Statistics 20.

Dans un premier temps, une analyse descriptive a été conduite pour toutes les variables et pour chacun des groupes T1 et T2 : fréquences, moyennes et écart-type (\pm). Dans un second temps, les deux groupes T1 et T2 ont été comparés. Cette analyse a été réalisée à l'aide du test du Chi² ou du test exact de Fisher pour les variables qualitatives, et de tests de Student ou d'analyses de variance pour les variables quantitatives. Pour l'ensemble des tests réalisés, le seuil de significativité a été fixé à 0,05.

La plupart des résultats sont présentés sous forme de tableaux avec une colonne T1 et une colonne pour T2.

Comparaison	Résultats du test	Tendance
T1 versus T2	Test non significatif ($p > 0,05$)	→
	Test significatif ($p \leq 0,05$)	↗
		↘

III. RESULTATS : COMPARAISON DES RESULTATS T1 (2014-2015) VERSUS T2 (2017-2018)

1) Participation des maternités et nombre de dossiers analysés aux deux temps

Sur les 42 maternités de la région PACA, **25 d'entre elles ont participé aux deux enquêtes (59,5%)**. Seules ces 25 maternités seront prises en compte dans les analyses comparatives.

Trois maternités sur 4 étaient un établissement public (76%) et une seule était un établissement privé à but non lucratif.

Tableau 1. Nombre de maternités par type de spécialisation et nombre de dossiers analysés aux deux temps de l'étude

Type de maternités	Nombre de maternités	Nombre de dossiers analysés	
		T1	T2
Type 1	11 (42%)	423	405
Type 2	12 (46%)	611	525
Type 3	3 (12%)	222	244
Total	26	1256	1174

Tableau 2. Répartition des maternités par nombre d'accouchements annuels (*Scope santé*)

Nombre d'accouchements par an	Maternités n (%)
< 500	2 (7,7)
[500 - 1000 [5 (19,2)
[1000 - 1500 [10 (38,5)
[1500 - 2000 [3 (11,5)
≥ 2000	6 (23,1)
Total	26 (100,0)

2) Description des patientes

a) Antécédents obstétricaux

La parité est restée stable entre les deux enquêtes : **près de 3 femmes sur 4 étaient multipares.**

Tableau 3. Antécédents obstétricaux, n (%)

%	T1 n = 1256	T2 n = 1174	p
Gestité			
Gestité moyenne	2,8 ± 1,6	2,8 ± 1,6	
Min - Max	1 - 11	1 - 12	
G1	237 (18,9%)	203 (17,3%)	→
G2	390 (31,1%)	345 (29,4%)	
G3	319 (25,6%)	288 (24,5%)	
G4	151 (12,0%)	163 (13,9%)	
G ≥ 5	159 (12,7%)	175 (14,9%)	
Parité			
Multipare	951 (75,7%)	903 (76,9%)	→
Primipare	305 (25,3%)	271 (23,1%)	
Antécédent de césarienne			
Femmes avec utérus cicatriciel	792 (63,1%)	672 (57,2%)	↘ 0,003
Type d'utérus cicatriciel			
Unicatriciel	349 (44,1%)	292 (43,5%)	
Bicatriciel	267 (33,7%)	204 (30,4%)	
Tricatriciel	41 (5,1%)	51 (7,6%)	
Quadricatriciel	12 (1,5%)	11 (1,6%)	→
> 4	1 (0,1%)	2 (0,2%)	
Non précisé	122 (15,4%)	112 (16,7%)	

La part de patiente présentant un utérus cicatriciel a diminué entre le T1 et le T2.

Parmi les femmes avec utérus cicatriciel, près de 43% d'entre elles présentaient un utérus unicatriciel.

b) Age gestationnel de la grossesse

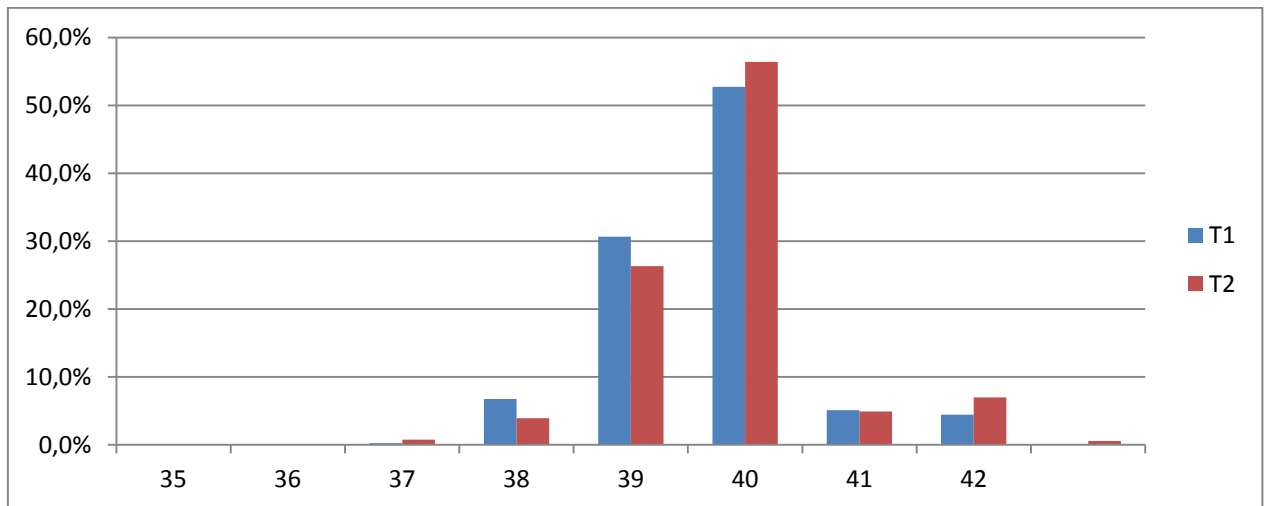
Le terme moyen est resté stable entre les deux enquêtes. Plus de 60% des grossesses étaient à un âge gestationnel supérieur ou égal à 39 SA. La part de grossesse ≥ 39 SA a augmenté de façon significative entre T1 et T2.

Tableau 4. Age gestationnel de la grossesse

	T1 n = 1256	T2 n = 1174	p
Terme (SA)			
Terme moyen	38,8 SA \pm 1,0	38,8 SA \pm 0,9	→
Min* - Max	36 - 42	35 - 42	
< 39 SA	473 (38,3%)	365 (31,2%)	
≥ 39 SA	783 (63,6%)	809 (69,1%)	↗ < 0,001

* 13 grossesses étaient à un âge gestationnel inférieur à 37 SA (Non-respect des critères d'inclusion)

Figure 1. Pourcentage de femmes selon le terme en semaines d'aménorrhée (SA)



3) AUDIT DES DOSSIERS MEDICAUX : indications pour les césariennes programmées à terme réalisées en 2014/2015 et en 2017/2018

a) Présence d'indications pour la césarienne programmée à terme dans les dossiers

Dans la très grande majorité des dossiers médicaux, au moins une indication est notée pour une césarienne programmée à terme (> 95%). On retrouve deux catégories d'indications :

- Celles correspondantes aux recommandations de la HAS, qui sont majoritaires (> 80%)
- Celles dites hors recommandations, environ 40%.

Tableau 5. Présence d'une ou plusieurs indications de la césarienne programmée à terme dans les dossiers médicaux, n (%)

	T1 n = 1256	T2 n = 1174	p
Au moins 1 indication présente (HAS ou autre)	1256 (100,0%)	1126 (95,9%)	↘ < 0,001
Type d'indication présente			
▪ Indications correspondantes aux recommandations de la HAS*	1206 (96,1%)	1040 (88,6%)	↘ < 0,001
▪ Autres indications** (hors recommandations)	530 (42,2%)	508 (43,3%)	→

*Indications correspondantes aux recommandations de la HAS : Utérus cicatriciel par antécédent de césarienne, Présentation fœtale par le siège, Césarienne sur demande, Macrosomie, Pathologie à fréquence plus rare.

**Autres indications (hors recommandations) : Grossesses gémeillaires, présentation transverse, rupture spontanée des membranes, absence de travail, autre pathologie maternelle et/ou du fœtale, antécédents traumatiques, échec VME, dépassement de la date du terme, conditions défavorables...

Lors des deux enquêtes T1 et T2, les trois indications correspondantes aux recommandations de la HAS les plus fréquemment retrouvées dans les dossiers pour une césarienne programmée à terme étaient :

- **Utérus cicatriciel par antécédent de césarienne,**
- **Présentation fœtale par le siège,**
- **Césarienne sur demande.**

Le pourcentage de césariennes sur demande a légèrement augmenté entre les deux enquêtes.

On note une légère augmentation du nombre de dossiers ne présentant aucune indication HAS.

Tableau 6. Indications HAS relevées dans les dossiers médicaux, n (%)

	T1 n = 1256	T2 n = 1174	p
Indications HAS			
Utérus cicatriciel par antécédent de césarienne	792 (63,1%)	672 (57,2%)	↘ 0,004
Présentation fœtale par le siège	365 (29,1%)	306 (26,1%)	→
Césarienne sur demande	225 (17,9%)	254 (21,6%)	↗ 0,02
Macrosomie	135 (10,7%)	92 (7,8%)	↘ 0,016
Pathologie à fréquence rare	113 (9,0%)	107 (9,1%)	→
Nombre d'indications HAS relevées dans les dossiers*			
Aucune indication	50 (4,0%)	134 (11,4%)	
1	818 (65,1%)	681 (58,0%)	<0,001
2	358 (28,5%)	331 (28,2%)	
3 ou plus	30 (2,4%)	28 (2,4%)	

*Somme des indications HAS = Utérus cicatriciel par antécédent de césarienne + Présentation fœtale par le siège + Césarienne sur demande + Macrosomie + Pathologie à fréquence rare

D'autres indications étaient notées dans les dossiers médicaux en plus de celles correspondantes aux indications de la HAS.

Tableau 7. Principales autres indications (hors HAS) relevées dans les dossiers médicaux, n (%)

	T1 n = 1256	T2 n = 1174	p
Autres indications notées hors has dont			
Grossesse gémellaires	62 (4,9%)	47 (4,0%)	→
Présentation transverse	20 (1,6%)	22 (1,9%)	→
Absence de travail	14 (1,1%)	19 (1,6%)	→
RSM-RPM	6 (0,5%)	3 (0,3%)	→
Conditions défavorables	37 (2,9%)	39 (3,3%)	→
Autres pathologies maternelles dont	246 (15,6%)	229 (19,5%)	→
<i>Bassin pathologique</i>	117 (47,7%)	91 (39,7%)	
<i>Anomalies d'insertion placentaire</i>	43 (17,5%)	48 (21,0%)	
<i>Malformation utérine</i>	11 (4,5%)	8 (3,5%)	
Autres pathologies fœtales dont	45 (3,6%)	45 (3,8%)	→
<i>Anomalie du liquide amniotique</i>	17 (37,8%)	18 (40,0%)	
<i>RCIU</i>	17 (37,8%)	15 (33,3%)	
Antécédents obstétricaux notés	n = 62	n = 98	-
<i>dont les plus fréquents</i>			
<i>Accouchement voie basse traumatique</i>	17 (27,4%)	15 (15,3%)	
<i>Myomectomie</i>	8 (12,9%)	11 (11,2%)	
<i>MFIU</i>	8 (12,9%)	7 (7,1%)	
<i>Périnée complet compliqué</i>	6 (9,7%)	6 (6,1%)	
<i>Dystocie des épaules</i>	5 (8,1%)	14 (14,3%)	

b) Respect des indications pour les grossesses monofœtales

Pour rappel, selon les recommandations de bonne pratique publiée par la HAS en Janvier 2012 : « Indications de la césarienne programmée à terme », en raison de la morbidité néonatale, il est recommandé de ne pas faire de césarienne programmée avant 39 SA pour les grossesses monofœtales.

→ Parmi les grossesses *monofœtales*, le pourcentage de césarienne programmée avant 39 SA a diminué de près de 6 points entre les deux enquêtes (>25%).

Tableau 8. Pourcentage de césarienne programmée selon le terme pour les grossesses monofœtales

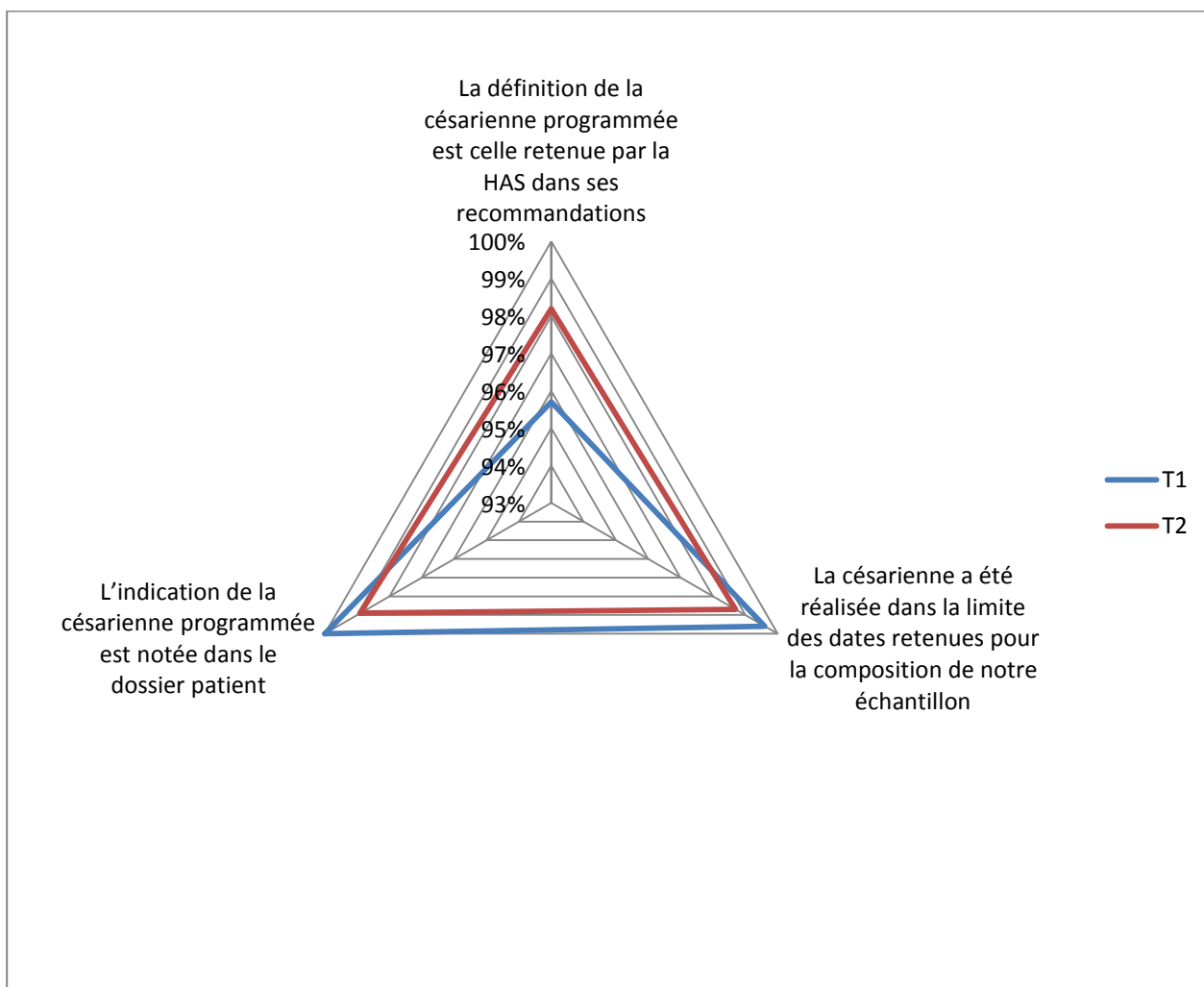
%	T1 n = 1 194	T2 n = 1 127	p
Grossesses monofœtales			
Terme			
< 39 SA	35,1	29,0	↘ 0,001
≥ 39 SA	64,9	71,0	

c) Analyse des informations relevées dans les dossiers médicaux

➤ Vérification de la pertinence du dossier sélectionné (C1)

%	N°	Critères	T1		T2		p
			Oui	Non	Oui	Non	
	1a	La définition de la césarienne programmée est celle retenue par la HAS dans ses recommandations.	95,7	4,3	98,2	1,8	↗ <0,001
	1b	La césarienne a été réalisée dans la limite des dates retenues pour la composition de notre échantillon.	99,6	0,4	98,7	1,3	→
	1c	L'indication de la césarienne programmée est notée dans le dossier patient.	99,1	0,9	98,9	1,9	→

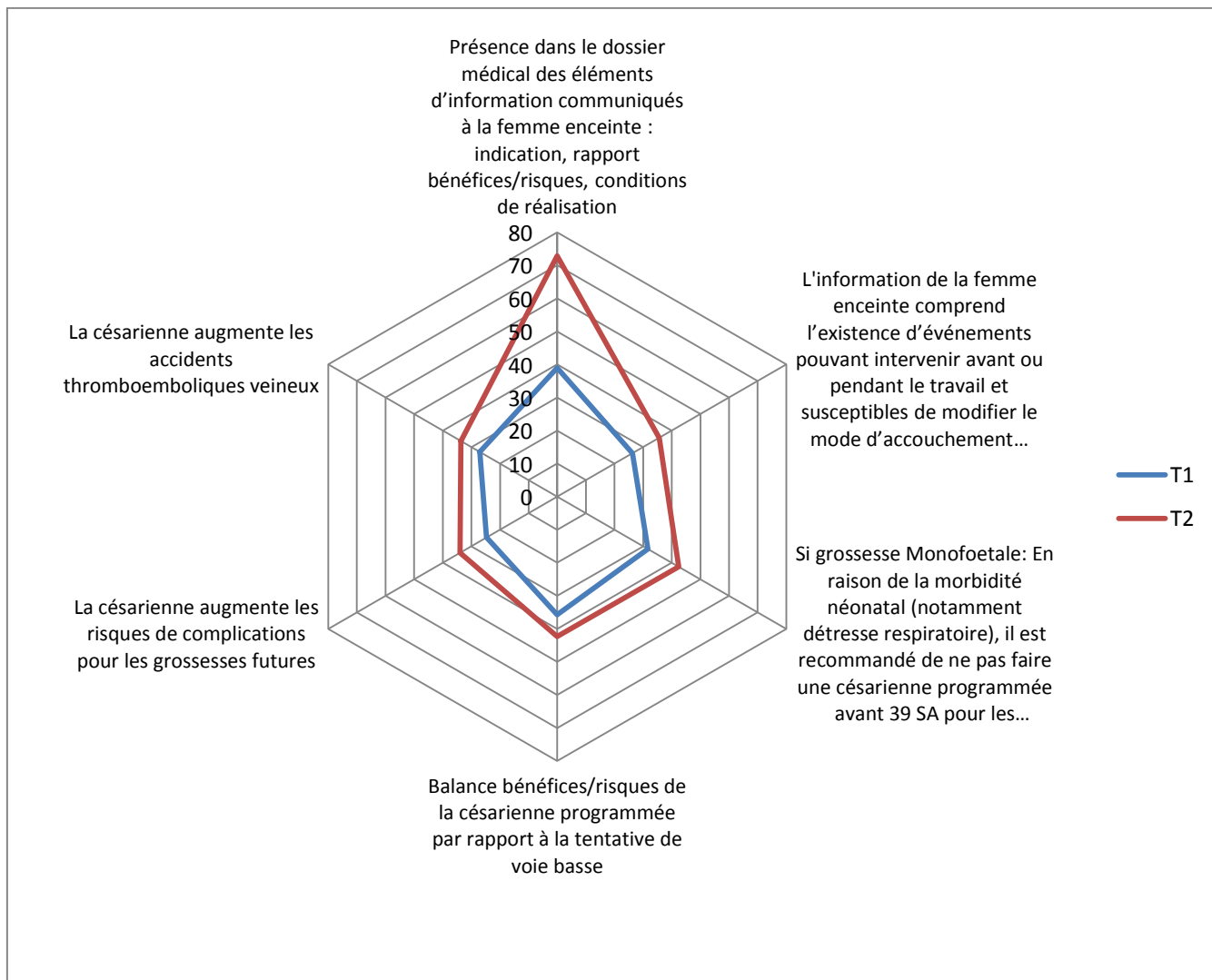
Figure 2. Pertinence du dossier sélectionné : présentation en radar (%)



➤ **Information de la femme enceinte (C2)**

Lors de la 2^{ème} enquête, **les éléments d'information communiqués à la femme enceinte étaient tracés dans près d'un dossier médical sur deux**, avec une amélioration par rapport à la 1^{ère} enquête.

Figure 3. Critères d'information de la femme enceinte, traçabilité : présentation en radar (%)



Information de la femme enceinte concernant le mode d'accouchement (C2)

%		T1		T2		
N°	Critères	Oui	Non	Oui	Non	p
2a	Présence dans le dossier médical des éléments d'information communiqués à la femme enceinte : indication, rapport bénéfices/risques, conditions de réalisation	39,0	61,0	72,9	27,1	↗ <0,001
2b	L'information de la femme enceinte comprend l'existence d'événements pouvant intervenir avant ou pendant le travail et susceptibles de modifier le mode d'accouchement initialement programmé	26,3	73,7	35,6	64,4	↗ <0,001

Information de la femme enceinte concernant les conséquences de la césarienne (C2)

→ Cas des grossesses monofœtales

%	N° Critères	T1		T2		p
		Oui	Non	Oui	Non	
	Si grossesse monofœtale	n = 1194		n = 1127		
2c	En raison de la morbidité néonatal (notamment détresse respiratoire), il est recommandé de ne pas faire une césarienne programmée avant 39 SA pour les grossesses monofœtales	31,7	68,3	42,4	57,6	↗ <0,001

→ Toutes les grossesses

%	N° Critères	T1		T2		p
		Oui	Non	Oui	Non	
2d	Balance bénéfiques/risques de la césarienne programmée par rapport à la tentative de voie basse dans sa situation particulière	35,7	64,3	42,3	57,7	→
	La césarienne augmente les risques de complications pour les grossesses futures (placenta prævia, placenta accreta)	24,7	75,3	34,0	66,0	↗ <0,001
	La césarienne augmente les accidents thromboemboliques veineux	27,1	72,9	33,7	66,3	↗ <0,001

➤ **Utérus cicatriciel par antécédent de césarienne (C3)**

Dans cette partie, seules les femmes ayant eu au moins un antécédent de césarienne ont été considérées dans les analyses.

Tableau 9. Nombre de femmes ayant un utérus cicatriciel par antécédent de césarienne, n (%)

Utérus cicatriciel par antécédent de césarienne	T1	T2	p-value
Oui	792 (63,1)	672 (57,2)	↘ 0,003
Non	464 (36,9)	502 (42,8)	

→ Cas des femmes avec utérus unicicatriciel

%	N° Critères	T1		T2		p
		Oui	Non	Oui	Non	
	Si utérus unicicatriciel	n = 349		n = 292		
3a	Une tentative de voie basse a été proposée	61,8	38,2	67,4	32,6	→
3a'	<u>Si non au critère 3a</u> un antécédent de cicatrice corporelle est noté	4,1	95,9	8,4	91,6	→

→ *Cas des femmes ayant 3 ou plus antécédents de césarienne*

%	N° Critères	T1		T2		p
		Oui	Non	Oui	Non	
	Si 3 antécédents de césarienne ou plus	n = 54		n = 64		
	3b Une tentative de voie basse a été proposée	3,7	94,7	6,3	93,7	→

→ *Cas des femmes avec utérus bicatriciel*

%	N° Critères	T1		T2		p
		Oui	Non	Oui	Non	
	Si utérus bicatriciel	n = 267		n = 204		
	3c Une tentative de voie basse a été proposée	8,6	91,4	8,8	91,2	→
	3c' <u>Si non au critère 3c</u> les éléments ayant motivés la programmation de césarienne sans tentative de voie basse pour ce cas sont notés dans le dossier	74,6	24,4	79,0	21,0	→

→ *Toutes les grossesses*

%	N° Critères	T1		T2		p
		Oui	Non	Oui	Non	
	3d Les comptes rendus des interventions antérieures sur l'utérus et/ou de l'éventuel travail (partogramme) ayant abouti à une césarienne sont présents dans le dossier	63,6	36,4	47,1	52,9	↘ <0,001
	3e Une radiopelvimétrie a été réalisée pour l'indication d'utérus cicatriciel	17,0	83,0	11,2	88,9	↘ <0,001
	3f Une échographie de la cicatrice utérine a été réalisée	3,1	96,9	3,3	96,7	→

➤ Présentation par le siège (C4)

Seules les femmes en attente d'un bébé se présentant par le siège ont été considérées dans les analyses.

Tableau 10. Nombre de femmes ayant un bébé se présentant par le siège, n (%)

Présentation par le siège	T1	T2
Oui	371 (29,5)	284 (24,1)
Non	885 (70,5)	890 (75,9)

Tableau 11. Critère d'acceptabilité de la tentative de voie basse

N°	Critères	T1		T2		p
		Oui	Non	Oui	Non	
4a	L'évaluation des critères d'acceptabilité de la voie basse avant la décision de césarienne programmée a été réalisée	64,4	35,6	66,9	33,1	→
	<u>Si oui au critère 4a</u>					
	Evaluation de la confrontation entre la pelvimétrie et l'estimation des mensurations fœtales	66,1	33,9	42,1	57,9	↘ <0,001
	Evaluation du degré de flexion de la tête	53,6	46,4	29,5	70,5	↘ <0,001
	Evaluation de la coopération de la patiente	87,0	13,0	82,1	17,9	→
4b	Une VME a été proposée à la patiente	39,4	60,6	40,1	59,9	→
4c	L'indication de césarienne programmée pour le siège a été posée par non-respect d'un (ou plusieurs) critère(s) d'acceptabilité de la voie basse	218 58,8	153 41,2	172 60,6	112 39,4	→
	<u>Si oui au critère 4c</u>					
	Confrontation défavorable entre la pelvimétrie et l'estimation des mensurations fœtales	71 32,6	147 67,4	37 21,5	135 78,5	↘ 0,01
	Déflexion persistante de la tête fœtale	14 6,4	204 93,6	3 1,7	169 98,3	↘ 0,02
	Non coopération de la patiente	144 66,1	74 33,9	114 66,3	58 33,7	→
	<u>Si non au critère 4c</u>					
4c'	les éléments ayant motivé la programmation de césarienne pour le siège sans tentative de voie basse pour ce cas sont notés dans le dossier	45 29,4	108 70,6	50 44,6	62 55,4	↗ 0,01
4d	Une échographie de contrôle de la persistance de la présentation a été réalisée juste avant l'accès au bloc opératoire	220 59,3	151 40,7	216 76,1	68 23,9	↗ <0,001

➤ **Macrosomie- diabète gestationnel (C5)**

Seules les femmes ayant fœtus macrosome ont été considérées dans les analyses (Tableau 9). Il n'y a eu aucune évolution entre les deux enquêtes pour les critères liés à la macrosomie.

Tableau 12. Part des femmes ayant fœtus macrosome

	T1	T2
Oui	135 (10,7)	92 (7,8)
Non	1121 (89,3)	1082 (92,2)

%		T1		T2		
N°	Critères	Oui	Non	Oui	Non	p
5a	D'après la définition retenue par la HAS dans ses recommandations, nous sommes bien dans un contexte de macrosomie (EPF ≥ 4 000g)	73 54,1	62 45,9	44 47,8	48 52,2	→

%		T1		T2		
N°	Critères	Oui	Non	Oui	Non	p
	Si macrosomie HORS DIABETE GESTATIONNEL	n = 9		n = 24		
5b	L'estimation du poids fœtal est supérieure ou égale à 5 000 g	-	100	4,2	95,8	-
5c	L'estimation du poids fœtal est comprise entre 4 500 g et 5 000 g	11,1	89,9	33,3	66,7	-
5c'	<u>Si oui au critère 5b</u> il existe d'autres critères favorisant une indication de césarienne programmée plutôt qu'une tentative de voie basse pour ce cas	100	-	100	-	-

%		T1		T2		
N°	Critères	Oui	Non	Oui	Non	p
	Si macrosomie LIEE au DIABETE	n = 126		n = 68		
5d	L'estimation du poids fœtal est supérieure ou égale à 4 500 g	4,8	95,2	4,4	95,6	→
5e	L'estimation du poids fœtal est comprise entre 4 250 g et 4 500 g	14,3	85,7	11,8	88,2	→
5e'	<u>Si oui au critère 5d</u> il existe d'autres critères liés à la pathologie et/ou contexte obstétrical favorisant une indication de césarienne programmée plutôt qu'une tentative de voie basse pour ce cas	83,3	16,7	66,7	33,3	→

%	Antécédents de dystocie des épaules	T1		T2		
N°	Critères	Oui	Non	Oui	Non	p
5f	Un (des) antécédent(s) de DDE compliqué(s) d'élongation du plexus brachial est (sont) noté(s) dans le dossier	2,7	97,3	4,8	95,2	→

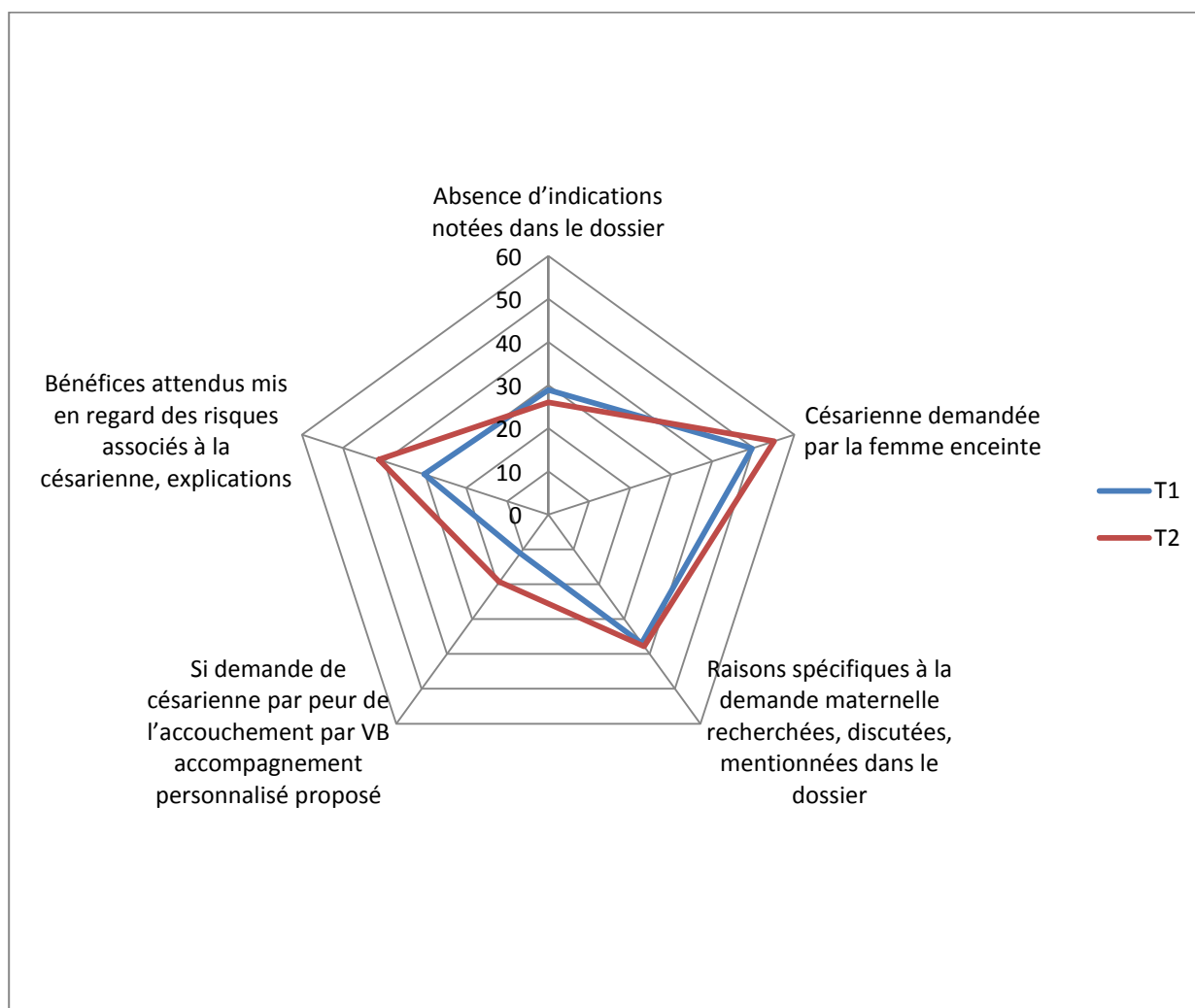
➤ **Césarienne sur demande (C6)**

La part des césariennes sur demande a légèrement augmenté entre les deux enquêtes ($p = 0,021$).

Tableau 13. Part des femmes demandant la césarienne comme modalité d'accouchement

Césarienne sur demande	T1	T2
Oui	225 (17,9)	254 (21,6)
Non	1031 (82,1)	920 (78,4)

Figure 4. Critères pour la césarienne sur demande



→ **Identification de la situation clinique**

%	N°	Critères	T1		T2		p
			Oui	Non	Oui	Non	
6a		Absence d'indications médicales ou obstétricales notées dans le dossier	28,9	71,1	26,0	74,0	→
6b		La césarienne est demandée par la femme enceinte	49,7	50,3	55,1	44,9	→

→ *Information de la patiente*

%	N°	Critères	T1		T2		p
			Oui	Non	Oui	Non	
6c		Les raisons spécifiques à la demande maternelle ont été recherchées, discutées, et sont mentionnées dans le dossier	36,9	63,1	37,8	62,2	→
6d		Si demande de césarienne par peur de l'accouchement par voie basse , un accompagnement personnalisé a été proposé	11,1	88,9	19,3	80,7	↗ 0,01
6e		Les bénéfices attendus pour la patiente ont été mis en regard des risques associés à la césarienne et lui ont été expliqués	30,2	69,8	41,3	58,7	↗ 0,01

➤ **Indications de fréquence plus rare (C7)**

Tableau 14. Part des grossesses avec indications de fréquence rare

Pathologie à fréquence rare	T1	T2
Oui	113 (9,0)	107 (9,1)
Non	1143 (81,0)	1067 (80,9)

4) REVUE DE PERTINENCE DES PRATIQUES de la césarienne programmée à terme

a) Conformité de l'âge gestationnel de la césarienne programmée à terme

Plus de 2 césarienne sur 3 ont été réalisées selon un âge gestationnel conforme (grossesse monofoetale + AG \geq 39 SA et grossesse gémellaire+AG \geq 38 SA).

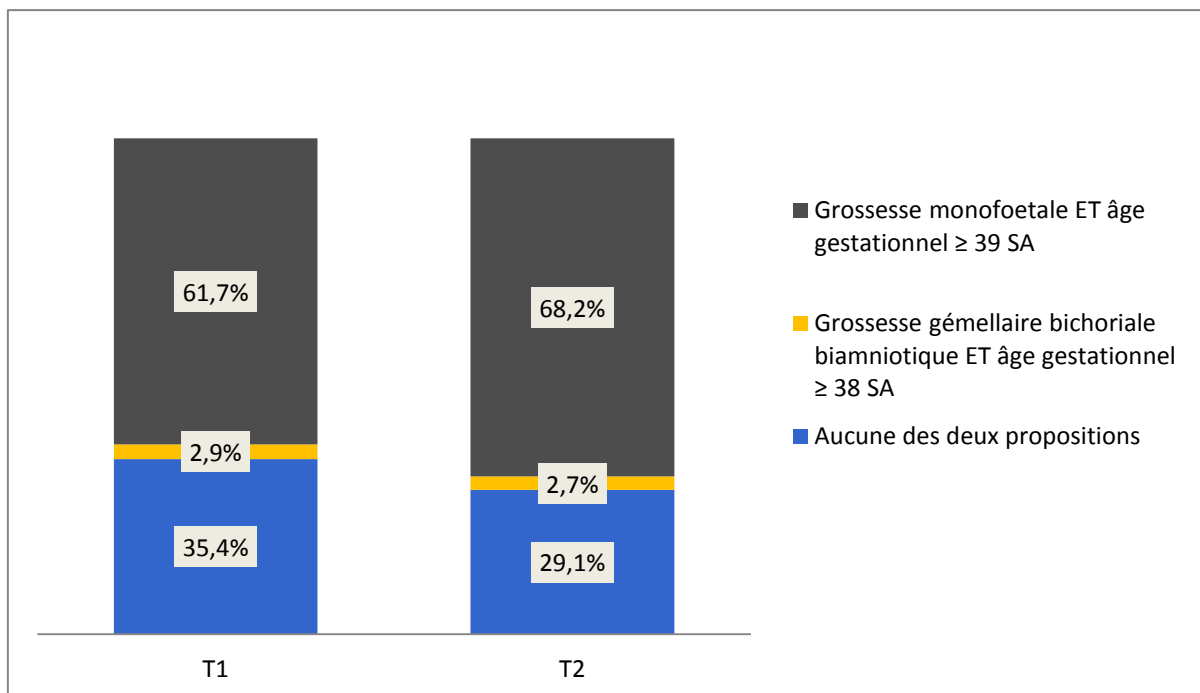
La part de césariennes réalisées selon un âge gestationnel conforme a augmenté entre les deux enquêtes.

Tableau 15. Taux de césariennes programmés selon l'âge gestationnel

		T1		T2		
		AG Conforme*	AG non conforme	AG Conforme*	AG non conforme	p
6a	Césarienne programmée, %	812 64,6	444 35,4	832 70,9	336 29,1	$<0,001$

*Age gestationnel conforme = grossesse monofoetale et AG \geq 39 SA + grossesse gémellaire et AG \geq 38 SA

Figure 5. Critères cliniques de pertinence de la césarienne programmée ($p = 0,003$)



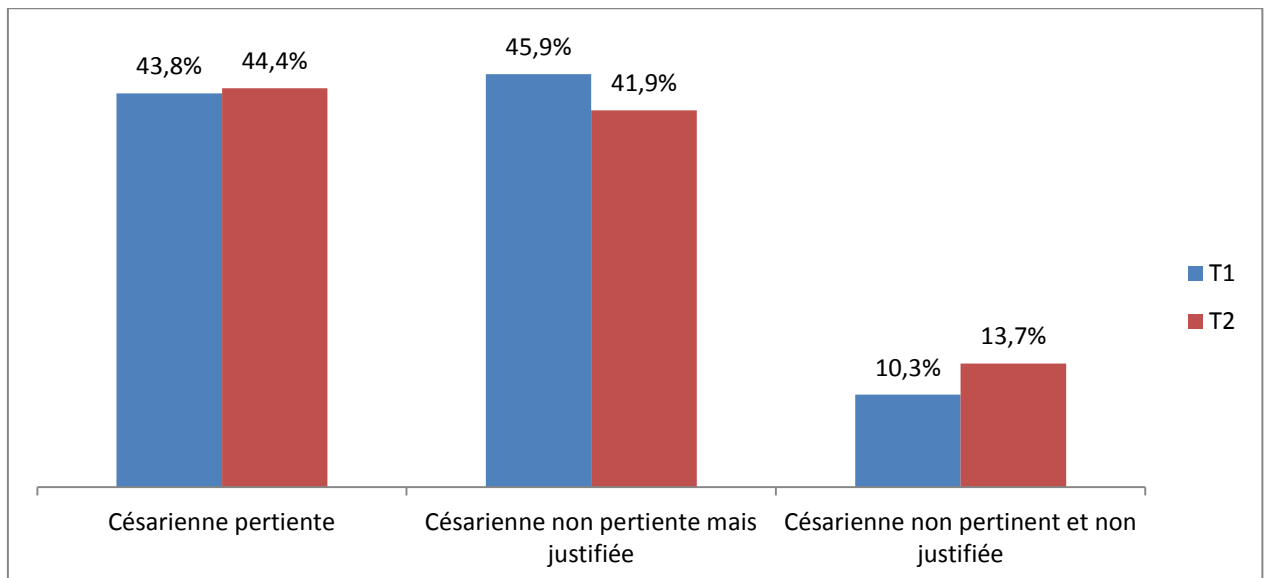
b) *Evaluation de la pertinence du point de vue de la maternité*

La pertinence des césariennes programmées à terme est classée selon trois catégories :

- pertinentes
- non pertinentes mais justifiées
- non pertinentes et non justifiées.

La part des césariennes pertinentes est restée stable aux deux temps de l'enquête. En revanche, la part des césariennes non pertinentes mais justifié a très légèrement diminué ($p = 0048$). La part des césariennes non pertinentes non justifiées a quant à elle légèrement augmenté ($p = 0,009$).

Figure 6. Pertinence des césariennes programmées à terme (%)



➤ Cas des césariennes PERTINENTES du point de vue des maternités

Tableau 16. Part de césariennes pertinentes selon le type de maternité (%)

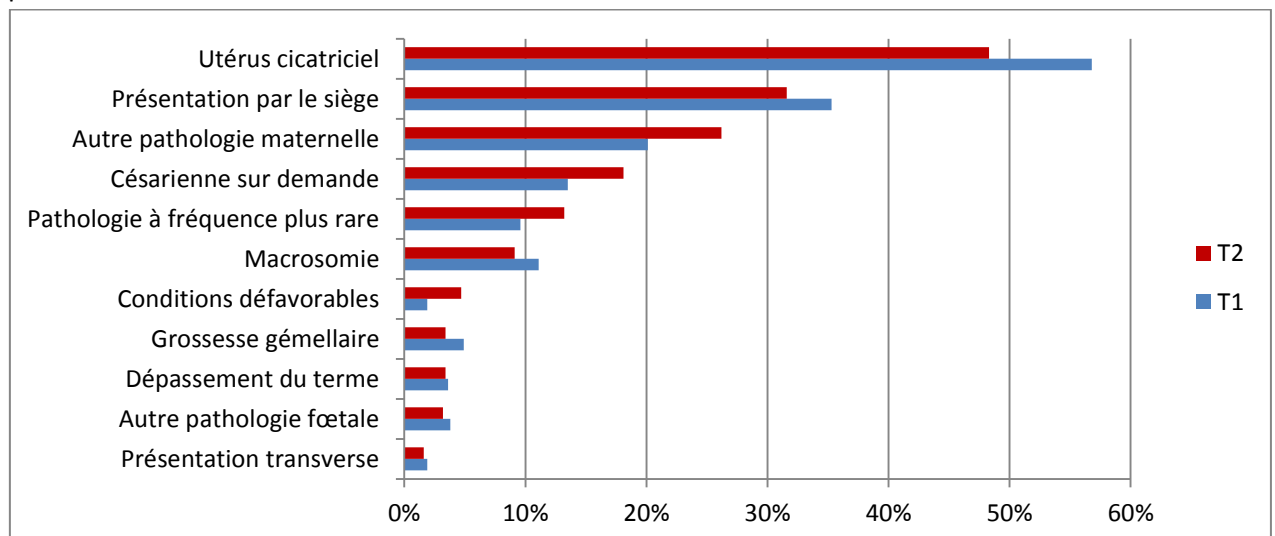
% de césariennes pertinentes	T1	T2	p
	n = 533	n = 507	
≥ 1 indication HAS	96,2	88,4	↘ <0,001
≥ 1 autre indication (hors HAS)	35,8	47,1	↗ <0,001
Catégorie d'établissement			<0,001
E. privé à but lucratif	21,8	9,9 ↘	
E. privé à but non lucratif	7,3	11,0 ↗	
E. public	0,9	79,1 ↗	
Nombre d'accouchements par an			<0,001
< 500 accouchements par an	2,1	2,8	
500 - 1000 accouchements par an	12,4	12,4	
1000 - 1500 accouchements par an	28,3	37,9 ↗	
1500 - 2000 accouchements par an	15,6	5,7 ↘	
≥ 2000 accouchements par an	41,7	41,2	
Type de maternités			→
Type 1	158 29,6	157 31,0	
Type 2	250 46,9	248 48,9	
Type 3	125 23,5	102 20,1	

La grande majorité des césariennes classées pertinentes par les maternités présentait au moins un indicateur parmi ceux de la HAS (> 88%).

Sur les indicateurs renseignés dans les dossiers médicaux, les trois indicateurs les plus fréquemment retrouvés étaient le fait d'avoir

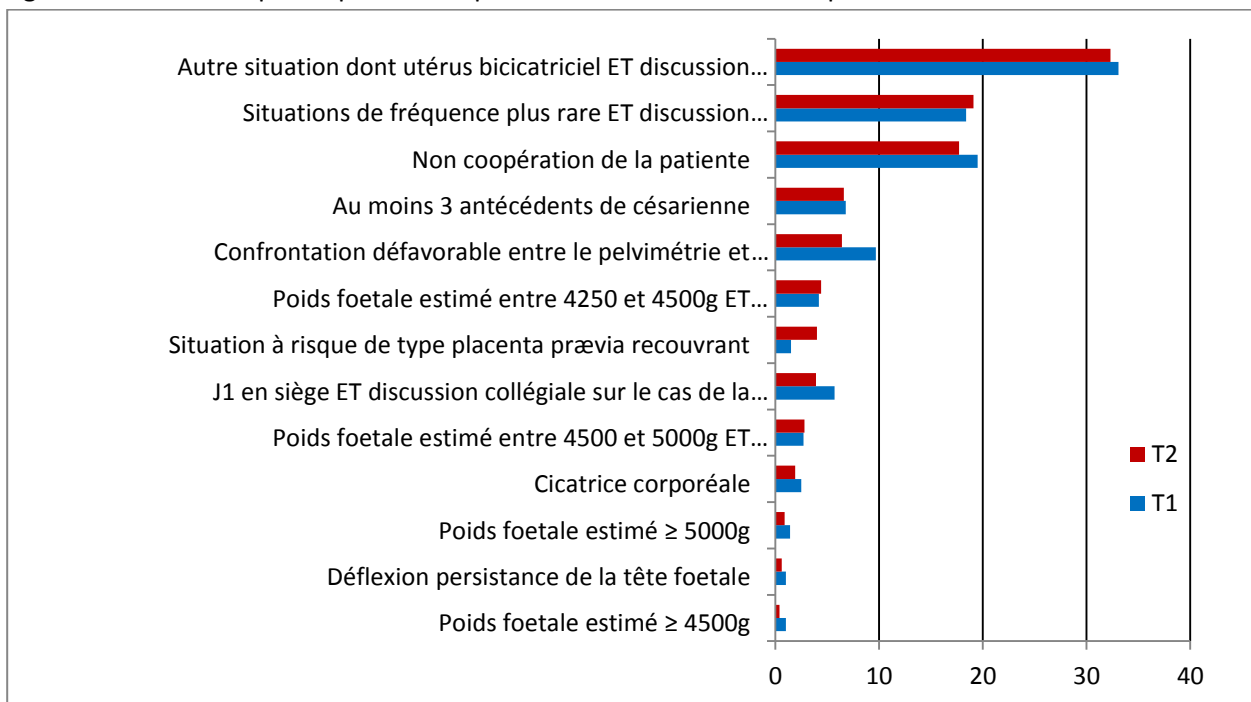
- un utérus cicatriciel,
- une présentation par le siège,
- une pathologie maternelle (autre).

Figure 7. Indicateurs les plus fréquemment retrouvés dans les dossiers médicaux de césariennes classées pertinentes



De même, la très grande majorité des césariennes classées pertinentes présentaient au moins un critère clinique de pertinence sur les 18 (page 5 du questionnaire) : 89,9% avaient un critère clinique à T1 versus 87,1% à T2.

Figure 8. Critère clinique de pertinence pour les césariennes classées pertinentes



➤ Cas des césariennes NON PERTINENTES MAIS JUSTIFIÉES par la maternité.

Tableau 17. Part de césariennes non pertinentes mais justifiées selon le type de maternité (%)

% de césariennes non pertinentes non justifiées	T1	T2	p
	n = 559	n = 479	
≥ 1 indication HAS	96,4	91,9	↘ 0,002
≥ 1 autre indication (hors HAS)	46,0	45,1	→
Catégorie d'établissement			
E. privé à but lucratif	17,2	21,3	→
E. privé à but non lucratif	6,8	4,6	
E. public	76,0	74,1	
Nombre d'accouchements par an			
< 500 accouchements par an	7,9	7,1	<0,001
500 - 1000 accouchements par an	17,3	14,4	
1000 - 1500 accouchements par an	29,0	28,8	
1500 - 2000 accouchements par an	15,2	4,4 ↘	
≥ 2000 accouchements par an	32,9	45,3 ↗	
Type de maternités			
Type 1	40,4	39,7	<0,001
Type 2	47,9	35,9 ↘	
Type 3	11,7	24,4 ↗	

Figure 9. Indicateurs les plus fréquemment retrouvés dans les dossiers médicaux de césariennes classées non pertinentes mais justifiées

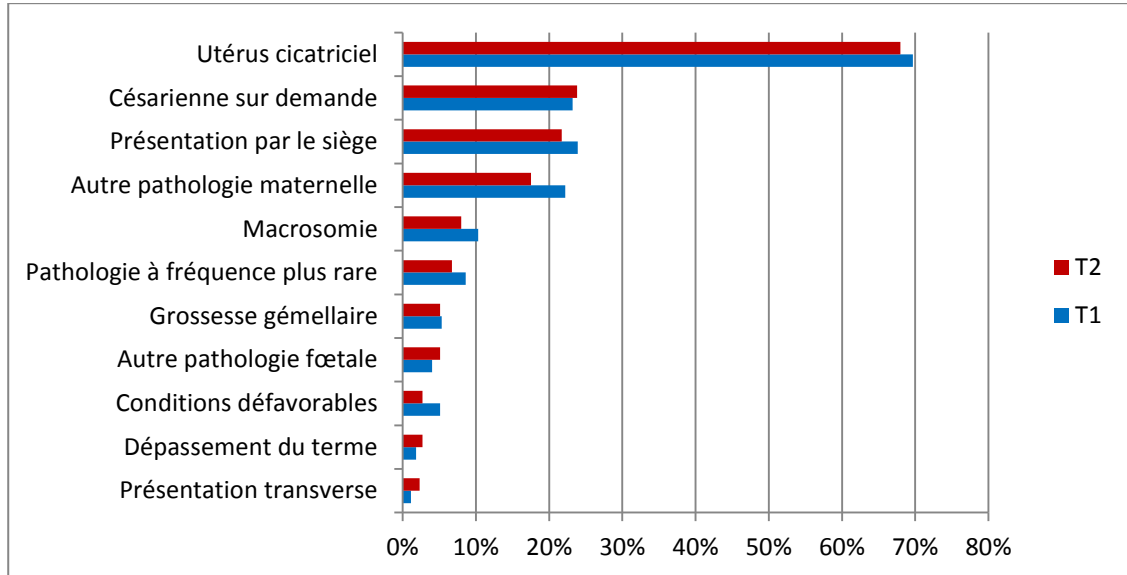
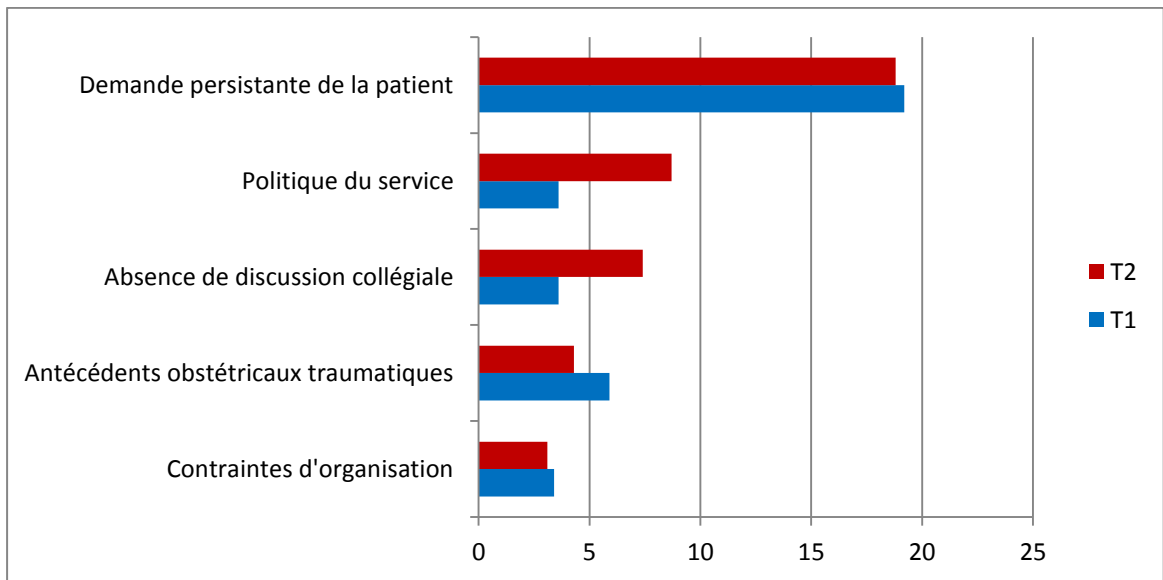


Figure 10. Commentaires les plus fréquemment cités pour justifier les césariennes non pertinentes (%)



➤ Cas des césariennes NON PERTINENTES NON JUSTIFIÉES du point de vue des maternités.

Tableau 18. Part de césariennes non pertinentes mais justifiées selon le type de maternité (%)

% de césariennes non pertinentes non justifiées selon	T1 n = 125	T2 n = 157	p
≥ 1 indication HAS	92,8	80,3	↘ 0,002
≥ 1 autre indication (hors HAS)	40 32,0	44 28,0	→
Catégorie d'établissement			
E. privé à but lucratif	20,0	53,5 ↗	<0,001
E. privé à but non lucratif	1,6	0,0	
E. public	78,4	46,5 ↘	
Nombre d'accouchements par an			
< 500 accouchements par an	0,8	3,2	0,008
500 - 1000 accouchements par an	10,4	9,6	
1000 - 1500 accouchements par an	45,6	26,8 ↘	
1500 - 2000 accouchements par an	27,2	33,8	
≥ 2000 accouchements par an	16,0	26,8 ↗	
Niveau de spécialisation des maternités			
Type 1	28,0	33,7	0,002
Type 2	68,0	51,0 ↘	
Type 3	4,0	15,3 ↗	

Figure 11. Indicateurs les plus fréquemment retrouvés dans les dossiers médicaux de césariennes classées non pertinentes non justifiées

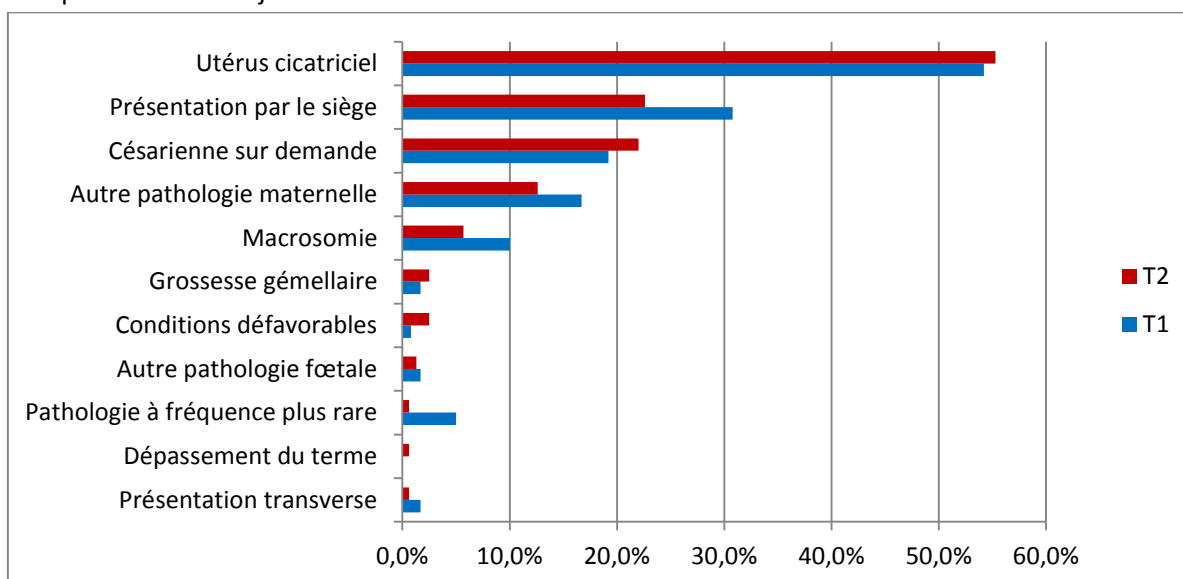
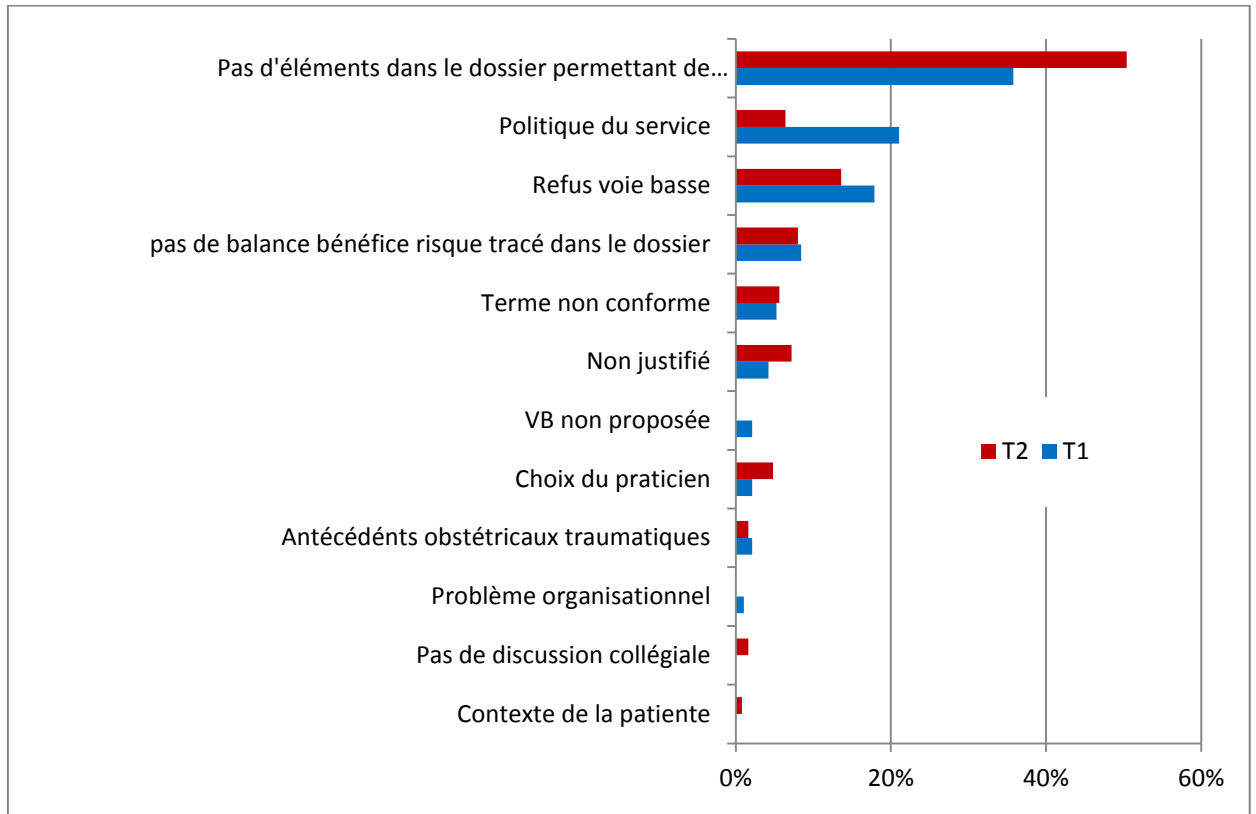


Figure 12. Commentaires expliquant les césariennes non pertinentes et non justifiés (%)



IV. ANNEXES

1) Grille de recueils de données

GRILLE DE RECUEIL DE DONNEES

Date :
Nom de(s) (l')évaluateur(s) :

Etablissement/service :
N° de la grille : ... / ...

Source : dossier du patient

NA = non applicable

C1 : VERIFICATION DE LA PERTINENCE DU DOSSIER SELECTIONNE

G... **P...** (Pendant la grossesse)
Date de l'accouchement ... / ... / ... à ... H ...
Terme ... SA + ... J ≥37 SA
Mode d'accouchement Césarienne VB
 Si césarienne
 Programmée
 En urgence et/ou en cours de travail

Indication(s)

- Utérus cicatriciel (par ATCD de césarienne) (C3)**
 Précisez le nombre de césariennes antérieur :
- Présentation par le siège (C4)**
- Macrosomie – Diabète gestationnel (C5)**
- Césarienne sur demande (convenance de la patiente) (C6)**
- Pathologie à fréquence plus rare (C7)**
 Autres Pathologie maternelle :
- Autres Pathologie fœtale :
- Autres** :
- Non renseignée**

N°	CRITERES	OUI	NON	NA	COMMENTAIRES
1a	La définition de la césarienne programmée est celle retenue par la HAS dans ses recommandations				
1b	La césarienne a été réalisée dans la limite des dates retenues pour la composition de notre échantillon				
1c	L'indication de la césarienne programmée est notée dans le dossier patient				

C2 : INFORMATION DE LA FEMME ENCEINTE

Concernant le mode d'accouchement

N°	CRITERES	OUI	NON	NA	COMMENTAIRES
2a	Présence dans le dossier médical des éléments d'information communiqués à la femme enceinte : indication, rapport bénéfices/risques, conditions de réalisation				
L'information délivrée à la femme enceinte comprend :					
2b	L'existence d'événements pouvant intervenir avant ou pendant le travail et susceptibles de modifier le mode d'accouchement initialement programmé				

Concernant les conséquences de la césarienne

L'information délivrée à la femme enceinte comprend :					
2c	<i>Si grossesse monofoetale</i> 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 monofoetales				
2d	Balance bénéfices/risques de la césarienne programmée par rapport à la tentative de voie basse dans sa situation particulière				
	La césarienne augmente les risques de complications pour les grossesses futures (placenta prævia, placenta accreta)				
	La césarienne augmente les accidents thromboemboliques veineux				

C3 : UTERUS CICATRICIEL (par antécédent de césarienne)

N°	CRITERES	OUI	NON	NA	COMMENTAIRES
3a	<i>Si utérus unicatriciel</i> Une tentative de voie basse a été proposée				
3a'	<i>Si non</i> au critère 3a : un antécédent de cicatrice corporelle est noté				
3b	<i>Si 3 antécédents de césarienne ou plus</i> Une tentative de voie basse a été proposée				
3c	<i>Si utérus bicatriciel</i> Une tentative de voie basse a été proposée				
3c'	<i>Si non</i> au critère 3c : les éléments ayant motivés la programmation de césarienne sans tentative de voie basse <u>pour ce cas</u> sont notés dans le dossier				
3d	Les comptes rendus des interventions antérieures sur l'utérus <u>et/ou</u> de l'éventuel travail (partogramme) ayant abouti à une césarienne sont présents dans le dossier				
3e	Une radiopelvimétrie a été réalisée pour l'indication d'utérus cicatriciel				
3f	Une échographie de la cicatrice utérine a été réalisée				

C4 : PRESENTATION PAR LE SIEGE

Critère d'acceptabilité de la tentative de voie basse

N°	CRITERES	OUI	NON	NA	COMMENTAIRES
4a	L'évaluation des critères d'acceptabilité de la VB avant la décision de césarienne programmée a été réalisée				
	Evaluation de la confrontation entre la pelvimétrie et l'estimation des mensurations fœtales				
	Evaluation du degré de flexion de la tête				
	Evaluation de la coopération de la patiente				
4b	Une VME a été proposée à la patiente				
4c	L'indication de césarienne programmée pour le siège a été posée par non-respect d'un (ou plusieurs) critère(s) d'acceptabilité de la voie basse				
	Confrontation défavorable entre la pelvimétrie et l'estimation des mensurations fœtales				
	Déflexion persistante de la tête fœtale				
	Non coopération de la patiente				
4c'	Si non au critère 4c : les éléments ayant motivés la programmation de césarienne pour le siège sans tentative de voie basse <u>pour ce cas</u> sont notés dans le dossier				
4d	Une échographie de contrôle de la persistance de la présentation a été réalisée juste avant l'accès au bloc opératoire				

C5 : MACROSOMIE – DIABETE GESTATIONNELLE

N°	CRITERES	OUI	NON	NA	COMMENTAIRES
5a	D'après la définition retenue par la HAS dans ses recommandations, nous sommes bien dans un contexte de macrosomie (EPF \geq 4 000g)				EPF = g à SA

Si macrosomie HORS DIABETE

N°	CRITERES	OUI	NON	NA	COMMENTAIRES
5b	L'estimation du poids fœtal est supérieure ou égale à 5 000 g				
5c	L'estimation du poids fœtal est comprise entre 4 500 g et 5 000 g				
5c'	Si oui au critère 5b : il existe d'autres critères favorisant une indication de césarienne programmée plutôt qu'une tentative de voie basse <u>pour ce cas</u>				

Si macrosomie LIEE au DIABETE

N°	CRITERES	OUI	NON	NA	COMMENTAIRES
5d	L'estimation du poids fœtal est supérieure ou égale à 4 500 g				
5e	L'estimation du poids fœtal est comprise entre 4 250 g et 4 500 g				
5e'	Si oui au critère 5d : il existe d'autres critères liés à la pathologie et/ou contexte obstétrical favorisant une indication de césarienne programmée plutôt qu'une tentative de voie basse <u>pour ce cas</u>				

Antécédents de dystocie des épaules

N°	CRITERES	OUI	NON	NA	COMMENTAIRES
5f	Un (des) antécédent(s) de DDE <u>compliqué(s)</u> d'élongation du plexus brachial est (sont) noté(s) dans le dossier				

C6 : CESARIENNE SUR DEMANDE

Identification de la situation clinique

N°	CRITERES	OUI	NON	NA	COMMENTAIRES
6a	Absence d'indications médicales ou obstétricales notées dans le dossier				
6b	La césarienne est demandée par la femme enceinte				

Information de la patiente

N°	CRITERES	OUI	NON	NA	COMMENTAIRES
6c	Les raisons spécifiques à la demande maternelle ont été recherchées, discutées, et sont mentionnées dans le dossier				
6d	Si demande de césarienne par peur de l'accouchement par voie basse : un accompagnement personnalisé a été proposé				
6e	Les bénéfices attendus pour la patiente ont été mis en regard des risques associés à la césarienne et lui ont été expliqués				

C7 : INDICATIONS DE FREQUENCE PLUS RARE

N°	CRITERES	OUI	NON	NA	COMMENTAIRES
7a	Enoncer cette indication :				

HAS = Haute autorité de santé

EPF = Estimation du poids fœtal

ATCD = Antécédent(s)

DDE = Dystocie des épaules

VIH = Virus de l'immunodéficience humaine

C8 : EVALUATION PERTINENCE

A. CRITERES CLINIQUES DE PERTINENCE DE LA CESARIENNE PROGRAMMEE	
Grossesse monofoetale ET âge gestationnel \geq 39 SA	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Terme = Si non, allez directement au bloc B
Grossesse gémellaire bichoriale biamniotique ET âge gestationnel \geq 38 SA	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si non, allez directement au bloc B
En lien avec un utérus cicatriciel par antécédents de césarienne	
1a. Cicatrice corporeale	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP
1b. Au moins 3 antécédents de césarienne	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP
1c. Autre situation dont utérus bicatriciel ET discussion collégiale sur le cas de la patiente*	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP
En lien avec la grossesse gémellaire	
2. J1 en siège ET discussion collégiale sur le cas de la patiente*	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP
En lien avec une présentation par le siège	
3a. Confrontation défavorable entre le pelvimétrie et l'estimation des mensurations fœtales	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP
3b. Déflexion persistance de la tête fœtale	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP
3c. Non coopération de la patiente	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP
En lien avec une macrosomie hors diabète	
4a. Poids fœtale estimé \geq 5000g	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP
4b. Poids fœtale estimé entre 4500 et 5000g ET discussion collégiales sur le cas de la patiente*	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP
En lien avec une macrosomie liée au diabète	
4c. Poids fœtale estimé \geq 4500g	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP
4d. Poids fœtale estimé entre 4250 et 4500g ET discussion collégiales sur le cas de la patiente*	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP
En lien avec une macrosomie et des antécédents de dystocie	
4e. Suspicion de macrosomie et antécédents de dystocie des épaules compliquée d'élongation du plexus brachial	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP
En lien avec le VIH	
5a. Charge virale supérieure à 400 copies VIH/mL	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP
5b. Charge virale comprise entre 50 et 400 copies VIH/mL et cinétique de la charge virale croissante	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP
En lien avec le VHC	
5c. Co-infection VIH/VHC	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP
En lien avec le virus de l'herpès	
6. Primo infection herpétique après 35 SA	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP
En lien avec des événements plus rares	
7. Situation à risque de type placenta prævia recouvrant	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP
8. Situations de fréquence plus rare (malformations fœtales et fœtopathies, antécédents et pathologies maternelles intercurrentes, problèmes périnéaux, présentation vicieuse dont transverse, risque hémorragique...) ET discussion collégiale sur le cas de la patiente*	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP
*Au cours de cette discussion collégiale, la balance bénéfice/risque doit être réalisée et tracée. On doit la retrouver dans le dossier patient.	
Consignes de remplissage	
NSP : ne sait pas, cochez NSP si l'information est suffisante pour savoir avec quel événement est en lien avec la césarienne	

programmée mais qu'il est impossible d'être plus précis

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

<p style="text-align: center;">Césarienne programmée pertinente</p> <p>Age gestationnel conforme* ET au moins un « oui » parmi les 18 critères</p>	<p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non </p>
--	---

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

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

B. JUSTIFICATION DE LA CESARIENNE PROGRAMMEE NON PERTINENTE

Césarienne programmée non pertinente mais justifiée :

Malgré

- Un âge gestationnel au moment de la réalisation de la césarienne programmée non conforme aux recommandations*

- Ou l'absence de critères explicites (l'un des 18 cités ci-dessus),
l'évaluateur ou l'équipe projet estime l'indication de césarienne programmée justifié

Oui

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

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

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

Indiquer en clair la justification*

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

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

<p>Césarienne programmée non pertinente ET non justifiée :</p> <p>Si aucun élément de justification retenu par l'évaluateur ou l'équipe projet</p>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Oui</p>
---	--

Commentaires
