

Université de Poitiers

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT

DE DOCTEUR EN MEDECINE

(décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement

le 28 octobre 2014 à Poitiers

par Madame Justine GLAUDE

**Evaluation des pratiques professionnelles en matière de
césarienne programmée
dans 4 établissements du Poitou-Charentes**

Composition du Jury

Président : Monsieur le Professeur Fabrice PIERRE

Membres : Monsieur le Professeur Xavier FRITEL
Madame le Professeur Virginie MIGEOT
Madame le Docteur Magali SALOU

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Fabrice PIERRE



Le Doyen,

Année universitaire 2014 - 2015

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
2. ALLAL Joseph, thérapeutique
3. BATAILLE Benoît, neurochirurgie
4. BENSADOUN René-Jean, oncologie – radiothérapie (en disponibilité 1 an à compter de janvier 2014)
5. BRIDOUX Frank, néphrologie
6. BURUCOA Christophe, bactériologie - virologie
7. CARRETIER Michel, chirurgie générale
8. CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
9. CHRISTIAENS Luc, cardiologie
10. CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
11. DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
12. DEBIAIS Françoise, rhumatologie
13. DROUOT Xavier, physiologie
14. DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
15. EUGENE Michel, physiologie (surnombre jusqu'en 08/2016)
16. FAURE Jean-Pierre, anatomie
17. FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
18. GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
19. GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
20. GILBERT Brigitte, génétique
21. GOMBERT Jean-Marc, immunologie
22. GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
23. GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion
24. GUILLET Gérard, dermatologie
25. GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
26. HADJADJ Samy, endocrinologie et maladies métaboliques
27. HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
28. HERPIN Daniel, cardiologie
29. HOUETO Jean-Luc, neurologie
30. INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
31. IRANI Jacques, urologie
32. JABER Mohamed, cytologie et histologie
33. JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
34. JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
35. KARAYAN-TAPON Lucie, oncologie
36. KEMOUN Gilles, médecine physique et réadaptation (en détachement 2 ans à compter de janvier 2014)
37. KITZIS Alain, biologie cellulaire
38. KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
39. LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
40. LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
41. LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
42. LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
43. MACCHI Laurent, hématologie
44. MARECHAUD Richard, médecine interne
45. MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire
46. MEURICE Jean-Claude, pneumologie
47. MIGEOT Virginie, santé publique
48. MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
49. MIMOZ Olivier, anesthésiologie - réanimation
50. MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépto-gastro-entérologie
51. NEAU Jean-Philippe, neurologie
52. ORIOT Denis, pédiatrie
53. PACCALIN Marc, gériatrie
54. PAQUEREAU Joël, physiologie
55. PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
56. PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
57. PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
58. POURRAT Olivier, médecine interne
59. PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
60. RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
61. RICHER Jean-Pierre, anatomie
62. RIGARD Philippe, neurochirurgie
63. ROBERT René, réanimation
64. ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
65. ROBLOT Pascal, médecine interne
66. RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
67. SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (surnombre jusqu'en 08/2017)
68. SILVAIN Christine, hépto-gastro-entérologie
69. SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
70. TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
71. TOUCHARD Guy, néphrologie
72. TOURANI Jean-Marc, oncologie
73. WAGER Michel, neurochirurgie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
2. ARIES Jacques, anesthésiologie - réanimation
3. BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie - virologie
4. BEN-BRIK Eric, médecine du travail
5. BILAN Frédéric, génétique
6. BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
7. CASTEL Olivier, bactériologie - virologie - hygiène
8. CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
9. CREMNITER Julie, bactériologie - virologie
10. DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie - réanimation
11. DIAZ Véronique, physiologie
12. FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
13. FRASCA Denis, anesthésiologie - réanimation
14. HURET Jean-Loup, génétique
15. LAFAY Claire, pharmacologie clinique
16. SAPANET Michel, médecine légale
17. SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
18. THILLE Arnaud, réanimation
19. TOUGERON David, hépato-gastro-entérologie

Professeur des universités de médecine générale

GOMES DA CUNHA José

Professeurs associés de médecine générale

BINDER Philippe
VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

BIRAULT François
BOUSSAGEON Remy
FRECHE Bernard
GIRARDEAU Stéphane
GRANDCOLIN Stéphanie
PARTHENAY Pascal
VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

DEBAIL Didier, professeur certifié
PERKINS Marguerite, maître de langue étrangère

Professeurs émérites

1. DORE Bertrand, urologie (08/2016)
2. FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie – virologie (08/2015)
3. GIL Roger, neurologie (08/2017)
4. MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (08/2016)
5. MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (08/2017)
6. MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (08/2017)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

1. ALCALAY Michel, rhumatologie
2. BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
3. BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
4. BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
5. BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
6. BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
7. BEGON François, biophysique, Médecine nucléaire
8. BOINOT Catherine, hématologie - transfusion
9. BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
10. BURIN Pierre, histologie
11. CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
12. CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
13. CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
14. CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
15. DABAN Alain, cancérologie radiothérapie (ex-émérite)
16. DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
17. DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
18. DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
19. FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
20. GOMBERT Jacques, biochimie
21. GRIGNON Bernadette, bactériologie
22. GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
23. JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
24. KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
25. KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
26. LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
27. LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
28. MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
29. MARILLAUD Albert, physiologie
30. MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
31. POINTREAU Philippe, biochimie
32. REISS Daniel, biochimie
33. RIDEAU Yves, anatomie
34. SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
35. TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
36. TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
37. VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS :

A Monsieur le Professeur PIERRE

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse. Pendant ces cinq années d'internat, j'ai pu apprécier la qualité de votre enseignement pertinent et critique, j'ai également pu profiter de votre compétence et votre expérience auprès des patientes. Veuillez trouver ici l'expression de toute ma reconnaissance.

A Monsieur le Professeur FRITEL

Vous me faites l'honneur d'accepter de juger ce travail. Je vous remercie pour votre disponibilité, et votre enseignement en gynécologie. Travailler avec vous et pouvoir bénéficier de votre expérience fut riche en connaissance. Veuillez trouver le témoignage de mon profond respect.

A Madame le Professeur MIGEOT

Je vous remercie d'avoir accepté d'être membre de ce jury. Recevez ici le témoignage de ma vive reconnaissance.

A Madame le Docteur SALOU

Je te remercie d'avoir accepté d'être membre de ce jury. Je te remercie pour ta disponibilité, ta participation et ton implication dans l'étude. Ce fut un vrai plaisir de travailler avec toi. J'ai beaucoup appris à tes côtés pendant six mois. Reçois ici le témoignage de mes remerciements les plus sincères et de tout mon respect.

A ma famille

A ma mère

Merci pour ton soutien en toute circonstance, merci de croire en moi, merci pour l'amour que tu me portes. Continue de sillonner la France et bien plus encore ! Reste énergique, aimante et drôle à ta façon ! Je serai toujours là pour toi ma petite maman.

A mon père

Toi aussi tu as toujours cru en moi merci ! Merci d'être toujours présent pour moi et ceci à n'importe quelle heure du jour et même de la nuit ! Merci pour tes précieux conseils, tes discours et ton expérience sur la vie. J'ai longtemps voulu te ressembler et suivre ton chemin, mais j'ai finalement fini par trouver le mien. Je suis contente de te voir heureux, tu es tellement important pour moi.

A mon frère

Quelques années nous séparent, mais j'ai pourtant de bons souvenirs qui me reviennent quand je repense à mon enfance, notamment de superbes parties de billes. Tu es mon maître de l'informatique ! Merci pour tes dépannages qui m'ont bien souvent sauvé la vie ! Je suis contente de t'avoir comme frère, merci d'être là dans les moments importants.

A ma sœur

Merci pour les bons moments et les plus durs qu'on a pu partager, j'espère qu'il y en aura d'autres... J'espère qu'on se verra davantage maintenant que je vais revenir en région parisienne!

A ma tante

Merci Martine de toujours essayer de me rassurer et d'apaiser mon stress ! Petit à petit tu vois ça fonctionne ! Merci de ta présence à chaque moment important. Merci pour tes bonnes recettes notamment les coquilles saint Jacques, merci pour ton hospitalité et les bons thés bien chauds que tu nous offres et merci pour ta générosité.

A Daniel

Tu as mis plusieurs années avant de croiser mon chemin, mais maintenant tu es bien là et nous commençons une nouvelle route ensemble. Merci de proposer si facilement des petits bisous en soirée ! Surtout merci pour ta patience, ton soutien sans faille et ton amour. Tu crois en moi, tu es toujours optimiste, je suis heureuse dès que je suis avec toi. A tous nos beaux moments et tous les futurs. Je t'aime infiniment.

A mes amis

A Aline

Merci pour tous ces moments passés ensemble il y en a tant ! Des balades à vélo, des soirées pyjama, de longs coups de fil et maintenant nos déjeuners parisiens...

A Florence

Merci d'être toujours présente depuis toutes ces années.

A Sarah

Merci de m'avoir initiée à la salsa, ça m'a apporté plein de bonnes choses !

A Laurence

J'espère avoir rattrapé mes années de retard ! Et voilà où m'a menée cette fameuse dissection de fœtus de porc ! Merci pour toutes ces soirées, pour les sous colles, pour nos sessions piscines, et les vacances passées à Nice et toutes les autres...

A Anne-laure la bretonne

Toujours passionnée de voile, toujours en train de courir à droite à gauche ! Continue à être passionnée de la vie. Merci pour toutes ces vacances passées en Bretagne et surtout que de souvenirs en Afrique du Sud...

A tous mes anciens Co externes Solenne, Mathilde, Marie-Laure, Delphine, Mani, Nadia, Faouzia, Raphael, JB, Caroline, Nathalie et tous les autres

A Pauline, Anne-Christine et Audrey pour cette année de P1 passée ensemble.

A Anne-Laure de Lorraine merci pour ces bons moments partagés à La Rochelle, et tous les autres, merci de m'avoir fait découvrir les vrais restaurants japonais, que de souvenirs sur les pistes de ski, et vive la fête de la coquille à Erquy !

A Samira merci pour toutes les soirées, pour tous tes conseils, pour tous ces bons moments partagés et tes Sissaouites !

A tous les Angoumoisins Francis tu as été un super co-interne, Agathe, Armelle, Camille, Nico le poussin, Guillaume, le Coach à toutes nos soirées et lendemain de soirées difficiles, au ski et week-end prolongés, à Gossip et aux Mojitos !

A Coachy tu seras toujours le bienvenu pour un jus de tomates si tu passes nous voir dans le nord ! Mooooosaa

A mes co-internes parisiennes merci Sabrina et Anika, pour toutes nos discussions, nos longues journées de travail, nos apéros charcuterie fromage !

A mes nouveaux amis poitevins

A Mathilde pour tous ces accents que tu imites si bien, à Eloïse pour ta Goïme attitude, à dame Orane, à Agathe notre nouvelle pianiste, à Maître Cabasson pour ses talents en statistiques, à Marco, à Mousse, à Sibai pour ton entrain à nous faire boire, à Sophie pour son côté Darky et son côté Kitty, à Vessel four sure, et Micky le grand clubber amateur de manga !

Au service de la PMA de Poitiers

Merci j'ai adoré passer ces 6 mois avec vous ! Merci à Marc pour ton accueil et toutes les conversations que l'on a pu avoir et surtout ne perds pas ton humour, merci Sabine pour tes jus énergisants, merci Marion pour tes bons conseils pour la suite, merci Titia pour toutes ses ponctions, merci Manuella pour ta gentillesse et ton soutien, merci Christelle et Lucie, merci Julie, merci Stéphanie pour les échos à Montmorillon, merci Murielle pour ton expérience, et merci Laetitia pour ton efficacité ! Vous allez tous me manquer, vous formez une super équipe ne changez pas...

A mes co-internes de gynécologie

Merci à Florence pour les cafés entre deux échos et merci à Hélène, Jérémy, Marion, Carine, merci à Aurélie, Amélie et Béber pour votre soutien ces derniers six mois.

Aux 4 équipes qui ont participé à l'étude

Merci pour votre participation et votre implication.

Sommaire

| | |
|---|----|
| I] INTRODUCTION | 11 |
| II] GENERALITES..... | 12 |
| 1. La césarienne programmée..... | 12 |
| 1.1. Utérus cicatriciel..... | 13 |
| 1.2. Grossesse gémellaire..... | 14 |
| 1.3. Présentation par le siège..... | 14 |
| 1.4. Macrosomie..... | 15 |
| 1.5. Transmissions mère-enfant d'infections maternelles..... | 16 |
| 2. Qu'est-ce que le parcours pertinence ? | 18 |
| 3. Justification de l'étude | 19 |
| III] MATERIEL ET METHODE..... | 20 |
| 1. Parcours pertinence en Poitou-Charentes | 20 |
| 2. Parcours pertinence-macrosomie du centre hospitalier A | 22 |
| 3. Parcours pertinence-macrosomie du centre hospitalier B | 28 |
| 4. Parcours pertinence-siège au centre hospitalier C | 29 |
| 5. Parcours pertinence-information de la femme enceinte et césarienne au centre hospitalier D | 34 |
| IV] RESULTATS | 39 |
| 1. Centre Hospitalier A | 39 |
| 1.1. Etude de la macrosomie sur l'ensemble de la population en 2013 | 39 |
| 1.2. Les 10 dossiers retenus pour analyse..... | 40 |
| 1.2.1. Adéquation du suivi prénatal avec le parcours pertinence type de la HAS (figure 1) .. | 40 |
| 1.2.2. Diagnostic de macrosomie en l'absence de diabète :..... | 41 |
| 1.2.3. Diagnostic de macrosomie en cas de diabète :..... | 43 |
| 1.3. Axes d'améliorations | 45 |
| 2. Centre Hospitalier B | 46 |
| 2.1. Etude de la macrosomie sur l'ensemble de la population en 2012 et 2013 | 46 |
| 2.2. Adéquation du suivi prénatal avec le parcours pertinence type de la HAS (figure 1) | 46 |
| 2.3. Issues des grossesses au CH B | 48 |
| 2.3.1. Groupe césarienne programmée | 48 |
| 2.3.2. Groupe intention de voie basse | 49 |
| 2.4. Axes d'améliorations | 51 |
| 3. Centre Hospitalier C | 52 |

| | | |
|--------|--|----|
| 3.1. | Etude de l'accouchement par le siège sur l'ensemble de la population en 2013 au CH C | 52 |
| 3.2. | Adéquation du suivi prénatal avec le parcours pertinence type de la HAS (figure 3) | 53 |
| 3.3. | Axes d'améliorations | 56 |
| 4. | Centre Hospitalier D | 58 |
| 4.1. | La 1 ^{ère} consultation | 58 |
| 4.2. | Les consultations intermédiaires | 59 |
| 4.3. | Les consultations du 7, 8, 9 ^{ème} mois | 60 |
| 4.4. | Information selon les pathologies | 61 |
| 4.4.1. | Le siège | 61 |
| 4.4.2. | Les grossesses gémellaires | 62 |
| 4.4.3. | L'utérus bicatriciel | 62 |
| 4.4.4. | La macrosomie | 63 |
| 4.5. | L'accouchement | 64 |
| 4.6. | Axes d'amélioration | 65 |
| V] | Discussion | 67 |
| 1. | Le taux de césarienne | 67 |
| 2. | Capacité d'améliorations | 67 |
| 2.1. | Le dépistage du diabète gestationnel | 68 |
| 2.2. | La mesure de la hauteur utérine | 68 |
| 2.3. | L'échographie obstétricale | 69 |
| 2.4. | L'information des patientes | 70 |
| 2.5. | Traçabilité de l'information | 71 |
| 2.6. | Discussion pluri-professionnelle | 71 |
| 3. | Programme d'amélioration des pratiques professionnelles | 72 |
| 4. | Les forces et limites de l'étude | 72 |
| 4.1. | Les forces de l'étude | 72 |
| 4.2. | Les limites de l'étude | 73 |
| VI] | CONCLUSION | 74 |

LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX

| | |
|---|----|
| Figure 1 . Parcours générique de la femme enceinte avec macrosomie du fœtus..... | 27 |
| Figure 2. La position du pont indien..... | 30 |
| Figure 3 . Parcours générique de la femme enceinte avec présentation par le siège. | 33 |
| Figure 4. Parcours générique de la femme enceinte pouvant nécessiter une césarienne | 36 |
| | |
| Tableau 1. Chemin clinique des patientes du CH A..... | 40 |
| Tableau 2. Suspicion de macrosomie en l'absence de diabète au CH A..... | 41 |
| Tableau 3. Césariennes programmées pour macrosomie en l'absence de diabète au CH A..... | 42 |
| Tableau 4. Accouchement d'enfants macrosomes chez des patientes non diabétiques au CH A..... | 42 |
| Tableau 5. Macrosomie et diabète au CH A..... | 43 |
| Tableau 6. Césariennes programmées en cas de macrosomie liée au diabète au CH A..... | 44 |
| Tableau 7. Accouchement d'un enfant macrosome chez une patiente diabétique au CH A | 44 |
| Tableau 8. Chemin clinique des 10 patientes au CH B..... | 46 |
| Tableau 9. Suspicion de la macrosomie au CH B..... | 47 |
| Tableau 10. Césariennes programmées pour macrosomie au CH B..... | 48 |
| Tableau 11. Accouchement d'enfants macrosomes chez des patientes non diabétiques au CH B..... | 49 |
| Tableau 12. Chemin clinique césarienne programmée et siège au CH C..... | 53 |
| Tableau 13. Césariennes programmées pour présentation par le siège chez le singleton au CH C..... | 55 |
| Tableau 14. La 1ère consultation | 58 |
| Tableau 15. Les consultations intermédiaires au CH D..... | 59 |
| Tableau 16. Les consultations du 7, 8, 9 ^{ème} mois au CH D..... | 60 |
| Tableau 17. Information délivrée aux patientes avec singleton en présentation par le siège au CH D..... | 61 |
| Tableau 18. Information délivrée aux patientes ayant un utérus bicatriciel au CH D..... | 62 |
| Tableau 19. Information délivrée aux patientes avec une suspicion de macrosomie au CH D..... | 63 |
| Tableau 20. Issue de l'accouchement des 10 patientes du CH D..... | 64 |

LISTE DES ABREVIATIONS

| | | | |
|--------|---|------|---|
| A | Apgar | HAS | Haute autorité de santé |
| AR | Absolute risk | HSV | Herpès simplex virus |
| ARS | Agence régionale de santé | HU | Hauteur utérine |
| BGR | Bassin généralement rétréci | HGPO | Hyperglycémie orale provoquée |
| CE | Césarienne | IMC | Index de masse corporelle |
| CH | Centre hospitalier | IVB | Intention de voie basse |
| CHU | Centre hospitalo-universitaire | J1 | Premier jumeau |
| CMV | Cytomégalovirus | J2 | Deuxième jumeau |
| CNAMTS | Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés | Lac | Lactates |
| CNGOF | Collège national des gynécologues obstétriciens | MFIU | Mort fœtale in utéro |
| CP | Césarienne programmée | Perc | Percentile |
| DDE | Dystocie des épaules | PDN | Poids de naissance |
| DGOS | Direction générale de l'offre de soins | PRP | Promonto-rétro-pubien (diamètre) |
| DIM | Département d'informations médicales | RCF | Rythme cardiaque fœtal |
| DID | Diabète insulino-dépendant | RCIU | Retard de croissance intra utérin |
| DG | Diabète gestationnel | RMM | Revue de mortalité et de morbidité |
| DPC | Développement professionnel continu | SA | Semaine d'aménorrhée |
| DRT | Détresse respiratoire transitoire | SAE | Source statistique annuelle des établissements de santé |
| DSS | Direction de la sécurité sociale | TM | Transverse médian (diamètre) |
| EPB | Elongation du plexus brachial | TME | Transmission mère enfant |
| EPF | Estimation du poids fœtal | VB | Voie basse |
| g | gramme | VHB | Virus de l'hépatite B |
| | | VHC | Virus de l'hépatite C |
| | | VIH | Virus de l'immunodéficience humaine |

I] INTRODUCTION

La césarienne est une intervention chirurgicale qui permet l'extraction du fœtus hors de l'utérus maternel, après incision de celui-ci.

Le taux de césarienne n'a cessé d'augmenter depuis la fin des années 70, dans tous les pays développés. En France, le taux est passé de 6,1% en 1972, 10,8% en 1981, 15,5% en 1995, 17,5% en 1998, 20,2% en 2003 à 21% en 2010. Ce taux semble se stabiliser depuis le début des années 2000, selon l'enquête nationale périnatale de 2010 (1).

En France, une femme sur cinq donne naissance par césarienne. Dans moins de la moitié des cas, la césarienne est programmée.

L'augmentation du taux de césarienne peut s'expliquer d'une part par l'augmentation des césariennes sur utérus cicatriciel qui est passée en France en vingt ans de 2,5 à 23% (AUDIPOG 2004), d'autre part par le diagnostic et les définitions variables des dystocies et par les pratiques de l'accoucheur (2, 3). Cette augmentation est également due aux césariennes de convenance, à la demande de la patiente, qui pense que ce mode d'accouchement est plus sûr, ce qui n'est pas le cas, puisque la mortalité maternelle est de 1 à 3 pour 100 000, soit un risque 4 à 10 fois supérieur à celui de l'accouchement par voie basse (4). Cette différence est moins nette dans les séries plus récentes (5, 6), dans lesquelles la mortalité maternelle par rapport à un accouchement par voie basse se chiffre à un risque de décès multiplié par 3,8 en cas de césarienne programmée et par 4,3 en cas de césarienne en cours de travail.

La morbidité maternelle est aussi trois fois plus élevée dans la césarienne que dans la voie vaginale (hémorragies, phlébites, endométrites, complications pulmonaires) (7).

Le risque de placenta prævia et accreta augmente au prorata de la répétition des césariennes (8, 9).

Malgré ces césariennes de plus en plus nombreuses, le taux de mortalité périnatale (décès d'enfants de moins de 7 jours et les enfants nés sans vie) est stable depuis 20 ans en France, autour de 8 pour 1000, avec même une ré-ascension de ce taux depuis les années 2000 (10). Il faut ajouter à cela une mortalité maternelle conséquente par rapport à un accouchement voie basse (6). Ces données somme toute contradictoires confirment que l'augmentation du taux de césarienne ces 2 dernières décennies n'a pas permis d'améliorer le pronostic vital fœtal. Elles doivent nous conduire à réévaluer constamment les indications de césariennes au vu de la morbidité maternelle en cas de césarienne comparativement à la voie basse.

II] GENERALITES

1. La césarienne programmée

La césarienne programmée à terme (au-delà de 37 semaines d'aménorrhée (SA)) est prévue en dehors de tout contexte d'urgence.

Ne font pas partie de cette définition les indications de césarienne programmée avant terme (avant 37 SA), les indications d'une césarienne liée à une situation d'urgence apparaissant avant le travail ou au cours du travail. Il est à noter qu'une césarienne programmée peut être réalisée en urgence antérieurement au terme initialement prévu.

Le praticien réévalue tout au long de la grossesse les différents éléments pouvant influencer la décision du mode d'accouchement, c'est-à-dire accouchement par césarienne ou par les voies naturelles.

Ces différents éléments obstétricaux ou médicaux peuvent amener l'obstétricien à décider d'une césarienne, et ceci avant le jour de l'accouchement. En effet certaines conditions qui peuvent être présentes avant l'accouchement, comme un utérus tricatriciel, peuvent entraîner un mauvais déroulement de l'accouchement par voie basse, avec des conséquences préjudiciables pour la mère et /ou l'enfant. Il sera alors préférable de programmer une césarienne.

Plusieurs grandes causes obstétricales, sont reconnues comme pouvant être selon les cas une indication de césarienne programmée. Ces causes sont : l'utérus cicatriciel, les grossesses gémellaires, la présentation par le siège chez le singleton, la macrosomie fœtale, le risque de transmission mère-enfant d'infections maternelles. Ces causes ont fait l'objet de recommandations pour la bonne pratique par la haute autorité de santé (HAS) en janvier 2012 (11).

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

- défaut de placentation (placenta accreta, placenta prævia).
- malformations fœtales et fœtopathies (hernie diaphragmatique par exemple).
- antécédents et pathologies maternelles intercurrentes (exemple : accident vasculaire cérébral).
- problèmes périnéaux (antécédent de périnée complet compliqué).

Ces indications n'ont pas fait l'objet de recommandations.

1.1. Utérus cicatriciel

Un utérus est dit cicatriciel lorsqu'il comporte, en un endroit quelconque de l'isthme ou du corps, une ou plusieurs cicatrices myométriales (12). Cette définition exclut les cicatrices cervicales, les cicatrices purement muqueuses et les cicatrices purement séreuses.

L'inflation du taux de césarienne dans les pays industrialisés s'accompagne d'une augmentation du nombre de femmes enceintes porteuses d'un utérus cicatriciel (8, 12). Et dans ces pays, la césarienne est la principale étiologie de la cicatrice utérine (12). Le mode d'accouchement optimal chez ces femmes est sujet à controverses, certaines équipes optant pour un accouchement par voie basse et d'autres équipes préférant une césarienne programmée.

En effet l'accouchement par voie basse, pour une femme porteuse d'un utérus cicatriciel, n'est pas sans risque, notamment le risque spécifique, la rupture utérine et ses conséquences périnatales et maternelles. Ce risque est estimé en cas de tentative de voie basse entre 0.5% et 1% (13-15).

La rupture utérine se définit par une rupture complète du myomètre et de la séreuse. Alors qu'une déhiscence utérine ou rupture sous péritonéale se définit par une rupture du myomètre, avec persistance d'une séreuse intacte.

L'autre risque particulier, concernant une tentative de voie basse sur utérus cicatriciel est le risque élevé de césarienne pendant le travail.

De plus il ne faut pas oublier les conséquences à long terme des utérus cicatriciels pour une nouvelle grossesse, à savoir le risque de placenta prævia, le risque de placenta accreta en cas de placenta antérieur (8, 9), et celui de rupture utérine (13-15).

C'est pour toutes ces raisons que le collège national des gynécologues obstétriciens a publié en 2012 des recommandations pour la pratique clinique, sur l'utérus cicatriciel (16).

L'utérus cicatriciel pouvant être une indication de césarienne programmée, la HAS a réservé un chapitre sur l'utérus cicatriciel dans ses recommandations sur la césarienne programmée de 2012 (11). Les recommandations sont les suivantes :

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

1.2. Grossesse gémellaire

En France, comme dans d'autres pays dits développés tels que les États-Unis et le Royaume-Uni, le nombre d'accouchements de jumeaux a augmenté d'environ 62 %, entre 1970 et 1998 (17). En 2008 en France métropolitaine 12349 femmes ont accouché de jumeaux, le taux d'accouchements gémellaires était de 15,6 pour 1000 (18).

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

Les recommandations du CNGOF de 2009 (19) préconisent une prise en charge active de la naissance du 2^{ème} jumeau (accouchement dirigé du 2^{ème} jumeau) afin de réduire l'intervalle de temps entre les deux naissances, pour diminuer le nombre de césariennes sur deuxième jumeau et la morbidité néonatale du deuxième jumeau (20). Cette option active offre l'avantage de réaliser une manœuvre obstétricale sur un utérus non tonique, à poche des eaux intacte, et a pour objectif de réduire le risque de rétraction du col, de procidence de cordon, de décollement placentaire, et de survenue d'anomalies du rythme cardiaque fœtal (RCF) sur le deuxième jumeau (21, 22).

La grossesse gémellaire pouvant être une indication de césarienne programmée, la HAS a consacré un chapitre aux grossesses gémellaires dans ses recommandations sur la césarienne programmée (11). Les recommandations sont les suivantes :

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

1.3. Présentation par le siège

La présentation par le siège est définie par la présence en regard du détroit supérieur du pôle fœtal représenté par le sacrum dans le mode décomplété et par les pieds dans le mode complet.

La présentation par le siège représente 4,7 % des naissances en France (tout terme confondu dans l'enquête périnatale de 2010) (1) et sa réputation de présentation « dystocique » crée pour beaucoup d'obstétriciens un climat de stress lors de sa prise en charge. Ainsi, de nombreux centres prônent la réalisation d'une césarienne programmée en cas de siège. En octobre 2000, Hannah *et al.* ont relancé le débat en publiant les résultats d'un essai randomisé multicentrique en faveur de la césarienne programmée (23). La méthodologie de cet essai ne peut être mise en cause, en revanche, les conditions obstétricales dans lesquelles ont été réalisées ces tentatives d'accouchement par voie basse peuvent sans doute être discutées (24). Dans cette étude la pelvimétrie est rarement faite, il n'y a pas de vérification de l'absence de déflexion de la tête fœtale dans 31% des cas, absence de biométrie et d'estimation du poids fœtal, absence de surveillance en fin de grossesse dans le groupe voie basse en cas de terme dépassé, absence de monitoring cardiaque fœtal systématique au cours du travail, déclenchement du travail dans 15% des cas, absence de

décision de voie d'accouchement avant l'entrée en salle de travail dans 43% des cas, phase d'effort expulsif pouvant dépasser une heure, inclusion des grossesses gémellaires. A l'opposé, l'étude PREMOMA publiée en 2006, semble tout à fait en faveur d'une possible acceptation de la voie basse, si les critères d'autorisation de la voie basse sont réunis (24). Ces critères ont été repris dans les recommandations de l'HAS de 2012 (11), puisque si ces critères ne sont pas réunis, une césarienne programmée est recommandée. Les recommandations sont les suivantes :

- La présentation par le siège n'est pas en elle-même une indication de césarienne programmée.
- Les critères d'acceptabilité de la voie basse, sont :
 - Confrontation favorable entre la pelvimétrie et l'estimation des mensurations fœtales ;
 - Absence de déflexion de la tête fœtale ;
 - Coopération de la patiente.
 - L'évaluation des critères d'acceptabilité de la voie basse définis ci-dessus, doit être réalisée, avant toute décision de césarienne programmée.
 - En cas d'indication de césarienne programmée pour le siège, il est recommandé de proposer à la patiente une version par manœuvres externes (VME) en accord avec les recommandations nationales et internationales traitant de la prise en charge d'une présentation par le siège et dans le respect des modalités de pratique édictées dans celles-ci.
 - En conséquence, en cas de présentation par le siège il est recommandé de 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.
 - Il est nécessaire de contrôler par échographie la persistance de la présentation juste avant l'accès au bloc opératoire pour pratiquer la césarienne.
 - Pour toutes les autres situations, le choix entre la césarienne et la voie basse est à discuter au cas par cas.

1.4. Macrosomie

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

La macrosomie fœtale est généralement définie par un poids de naissance supérieur à 4 000 grammes ou par un poids de naissance supérieur au 90^{ème} percentile (perc) d'une courbe de référence de la population donnée. La fréquence rapportée est variable selon les seuils choisis et les populations étudiées et se situe entre 5 et 10 % des naissances. En 1995, 6,1 % des enfants avaient un poids de naissance entre 4 000 et 4 500 grammes et 0,8 % plus de 4500 grammes (25, 26).

La macrosomie fœtale constitue l'une des complications du diabète maternel, essentiellement diabète gestationnel.

La principale complication liée à la macrosomie est la dystocie des épaules (DDE) et sa conséquence l'élongation du plexus brachial (EPB). Le risque de dystocie des épaules et d'élongation du plexus brachial est d'autant plus élevé que la macrosomie est sévère, et ils sont nettement majorés en cas de diabète maternel. La fréquence attendue de la DDE est de

l'ordre de 6,7 % lorsque le poids de naissance des nouveau-nés est compris entre 4000 et 4500 grammes soit une fréquence nettement supérieure à celle des nouveau-nés non macrosomes (0,65 %) et ce en population générale. Ce risque est encore doublé pour les nouveau-nés de poids de naissance de plus de 4500 g et pour les nouveau-nés de plus de 4000 grammes issus de mères diabétiques (27). Dépister la macrosomie fœtale et plus particulièrement s'il existe un contexte de diabète permet effectivement d'isoler une population à risque de dystocie des épaules et d'élongation du plexus brachial.

Selon une revue de la littérature publiée en 2008 (28), le risque maternel comprend une prolongation du travail, des déchirures périnéales (surtout en cas de poids de naissance supérieur à 4 500 g), une atonie utérine, des hémorragies anormales et la pratique d'une césarienne.

C'est pour ces raisons que la HAS a publié des recommandations sur la césarienne programmée en cas de macrosomie (11). Ces recommandations sont les suivantes :

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

1.5. Transmissions mère-enfant d'infections maternelles

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

La TME du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) a lieu le plus souvent au moment de l'accouchement. Elle fait alors suite aux contractions utérines et à la rupture des

membranes, par exposition directe du fœtus au sang maternel et aux sécrétions cervico-vaginales (29). La charge virale maternelle est le meilleur marqueur du risque de TME du VIH (30), et ce risque est proportionnel à la charge virale maternelle (31). Une charge virale plasmatique maternelle élevée est le facteur de risque le plus important de la TME du VIH. Un contrôle précoce de la charge virale maternelle au moment de l'accouchement permet d'éviter la transmission du VIH. La TME se produit plus rarement pour des charges virales indétectables (< 50 copies/ml) (32).

De même que le VIH, le virus de l'hépatite C (VHC) peut être transmis d'une mère infectée à son enfant au cours de l'accouchement. Le taux de TME du VHC est moindre, environ 5 %, mais il augmente pour des charges virales de VHC élevées à la naissance (33), et il est également plus élevé chez les femmes virémiques (34).

Le virus de l'hépatite B (VHB) peut être transmis d'une mère infectée à son enfant au cours de l'accouchement avec une incidence élevée (10,5% après césarienne et 28% après accouchement par voie basse) (35). D'autre part, l'administration d'immunoglobulines anti-hépatite B et du vaccin contre l'hépatite B au nouveau-né réduit la TME du VHB.

Le virus de l'herpès, *Herpes simplex virus* de type 1 (HSV-1) ou de type 2 (HSV-2), peut se transmettre de la mère à l'enfant dans la majorité des cas au cours de l'accouchement à partir des lésions génitales. L'herpès néonatal cause une morbidité importante, notamment liée à des anomalies du neuro-développement. Le risque d'infection néonatale retrouvé dans des études observationnelles est élevé chez les enfants nés de mères infectées peu de temps avant le travail (AR (absolute risk) = 41 % [26 – 56]), alors qu'il est bas (AR < 3 %) chez les femmes ayant une infection ancienne, même avec une récurrence au terme de la grossesse (36).

Pour limiter les transmissions mère-enfant de maladie infectieuse, la HAS a élaboré des recommandations sur la césarienne programmée dans ces situations (11). Ces recommandations sont :

- **Virus de l'immunodéficience humaine (VIH1, VIH2)**
 - Il est recommandé de réaliser une césarienne programmée en cas de charge virale supérieure à 400 copies VIH/ml.
 - Dans le cas d'une charge virale comprise entre 50 et 400 copies VIH/ml une discussion entre le gynécologue-obstétricien et l'infectiologue est nécessaire.
- Si la cinétique de la charge virale est décroissante, une voie basse est proposée.
- Si la cinétique de la charge virale est croissante, une césarienne programmée est proposée.
- **Virus de l'hépatite C (VHC)**
 - Il n'est pas recommandé de réaliser une césarienne programmée dans le cas d'une mono infection par le VHC.
 - 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.
- **Virus de l'hépatite B (VHB)**
 - Il n'est pas recommandé de réaliser une césarienne programmée dans le cas d'une mono-infection VHB, ou d'une co-infection VHB/VIH.
- **Virus de l'herpès (HSV-1, HSV-2)**
 - Si une primo-infection herpétique se déclare après 35 SA, une césarienne programmée est recommandée à 39 SA en raison du risque d'herpès néonatal.
 - Des récurrences herpétiques pendant la grossesse ne sont pas une indication de césarienne.

2. Qu'est-ce que le parcours pertinence ?

Le parcours pertinence s'inscrit dans une volonté de la Haute Autorité de Santé (HAS) d'améliorer la pertinence et la qualité des soins.

La direction générale de l'offre de soins (DGOS), la direction de la sécurité sociale (DSS) et la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) ont saisi la HAS sur plusieurs thématiques concernant la pertinence des soins, en raison d'écarts de taux de recours constatés sur plusieurs actes. La césarienne programmée à terme est la première des thématiques à faire l'objet d'outils d'amélioration des pratiques spécifiquement orientées sur la prise en compte de la pertinence du parcours du patient.

Pour cela, la HAS s'appuie sur 2 documents:

- Recommandation pour la pratique clinique « indications de la césarienne programmée à terme »(11)
- Programme d'analyse et d'améliorations des pratiques « césarienne programmée à terme ; optimiser la pertinence du parcours patient »(37)

Le deuxième document a été mis en ligne sous forme interactive. Il se présente sous forme de parcours types, de femmes enceintes pouvant nécessiter une césarienne programmée en fonction de facteurs de risque comme la présentation par le siège, un utérus cicatriciel, etc. Pour chaque parcours, un clic permet de choisir et d'accéder à l'étape du parcours devant faire l'objet d'un plan d'amélioration. S'offre alors une sélection d'objectifs de qualité et de sécurité des soins issus des recommandations, des outils concrets tels que des chemins cliniques, des critères d'évaluation ou des grilles de pertinence, ainsi que des exemples d'amélioration et des indicateurs pour suivre l'impact des changements.

Pour cette expérimentation pilote la HAS, par l'intermédiaire des Agences Régionales de Santé (ARS) et des réseaux de santé en périnatalité, a fait un appel à candidatures au près des professionnels et établissements de santé. Seize régions et 186 établissements de santé se sont portés volontaires. Au sein de la région Poitou-Charentes, de manière indépendante plusieurs établissements de santé volontaires et motivés ont décidé de prendre part à l'étude.

3. Justification de l'étude

Une hétérogénéité des pratiques a été constatée par différentes enquêtes(2, 38-43), en particulier entre les différents établissements et les différents départements.

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

Le taux global de césariennes programmées ne semble pas le critère le plus pertinent à la mise en place d'un programme d'amélioration des pratiques. En effet, il ne permet pas de prendre en compte la complexité et la diversité des situations médicales, l'existence de populations maternelles différentes, la variabilité de l'offre de soins selon les territoires, et autres éléments organisationnels. En outre, il ne rend pas compte de l'existence possible de césariennes programmées pour des raisons autres que des indications médicales, que cela soit les césariennes sur demande maternelle mais aussi les césariennes programmées pour des raisons organisationnelles, de pratiques professionnelles, d'offre de soins hétérogène sur le territoire.

Conjointement à la démarche du parcours pertinence largement diffusé sur le territoire nationale, il nous a semblé intéressant dans une région qui ne s'était pas engagée dans cette démarche d'induire celle-ci au sein de quelques établissements. L'objectif principal n'est pas forcément de diminuer le taux de césariennes programmées, mais d'améliorer les pratiques professionnelles, sans faire prendre de risque aux patientes ni aux praticiens en leur imposant des techniques qu'ils ne maîtrisent pas.

III] MATERIEL ET METHODE

1. Parcours pertinence en Poitou-Charentes

Suite à des contacts individualisés des équipes de gynécologie de différentes maternités de la région Poitou-Charentes, quatre équipes ont pris part à l'étude. Une maternité de niveau 1 : la maternité A, une maternité de niveau 2a : la maternité B, une maternité de niveau 2b : la maternité C, et une maternité de niveau 3 : la maternité D. A noter que notre échantillon d'établissements inclus plusieurs types de maternité.

Chaque maternité a constitué son équipe projet. Les professionnels concernés étaient les gynécologues obstétriciens, les sages-femmes, les néonatalogistes, les pédiatres, les anesthésistes réanimateurs, tout professionnel prenant en charge les césariennes programmées ainsi que le médecin du département d'informations médicales (DIM). Un chef de projet a été désigné au sein de l'équipe.

L'objectif de l'étude est d'évaluer le niveau de conformité des pratiques concernant les indications de césariennes programmées à terme, en vue d'améliorer ces pratiques.

Chaque équipe médicale de chaque établissement s'est réunie pour décider du thème sur lequel elle voulait travailler. Les thèmes proposés étaient la césarienne programmée à terme (au-delà de 37 SA) et :

- Présentation par le siège chez le singleton
- Utérus cicatriciel
- Information délivrée à la patiente
- Macrosomie fœtale liée ou non au diabète

Pour ce choix, soit celui-ci s'est imposé de lui-même, soit les équipes ont pu s'aider d'une sélection rétrospective de dossiers de césariennes programmées pris au hasard. Une sélection prospective par série consécutive était également possible, le but étant de mettre en lumière le thème pour lequel l'équipe s'écartait le plus des recommandations, et par conséquent sur lequel il serait souhaitable de travailler.

Pour les 4 équipes, le thème de travail s'est imposé naturellement. Les équipes des hôpitaux A et B ont décidé de travailler sur le thème de la macrosomie fœtale, l'équipe de la maternité C a préféré travailler sur la présentation par le siège, et l'équipe de la maternité D a choisi le thème de l'information de la patiente.

Si les équipes avaient eu besoin de s'aider d'une sélection de dossiers, nous avons défini des critères cliniques de pertinence. Les objectifs de la recommandation de bonne pratique ont été ciblés sur l'âge gestationnel et sur les indications majeures de la césarienne programmée, 11 critères cliniques de pertinence ont été définis comme suit :

- Age gestationnel : En raison de la morbidité néonatale (notamment détresse respiratoire), il est recommandé de ne pas faire une césarienne programmée avant 39 semaines d'aménorrhée pour les grossesses monofoetales

L'utérus cicatriciel

- Critère 1a : en cas d'antécédent d'une césarienne, il est raisonnable de proposer une tentative de voie basse sauf en cas d'utérus avec cicatrice corporeale
- Critère 1b : en cas d'antécédents de trois césariennes ou plus, il est recommandé de proposer une césarienne programmée
- Critère 1c : dans les autres situations, dont l'utérus bicicatriciel, le choix entre une tentative de voie basse ou une césarienne programmée se fait au cas par cas.

La présentation par le siège, après évaluation des critères d'acceptabilité de la voie basse, il est recommandé de réaliser une césarienne programmée dans les situations suivantes:

- Critère 2a : confrontation défavorable entre la pelvimétrie et l'estimation des mensurations fœtales ;
- Critère 2b : déflexion persistante de la tête fœtale ;
- Critère 2c : non coopération de la patiente.

La macrosomie

- Critère 3a : la césarienne programmée est recommandée en cas de poids fœtal estimé supérieur ou égal à 5 000 g.
- Critère 3b : en raison de l'incertitude de l'estimation du poids fœtal, pour une suspicion de macrosomie comprise entre 4 500 g et 5 000 g la césarienne programmée est à discuter au cas par cas.
- Critère 3c : en présence d'un diabète, la césarienne programmée est recommandée en cas d'estimation du poids fœtal supérieur ou égal à 4 500 g.
- Critère 3d : en présence d'un diabète et en raison de l'incertitude de l'estimation du poids fœtal, pour une suspicion de macrosomie comprise entre 4 250 g et 4 500 g la césarienne programmée est à discuter au cas par cas en tenant compte des autres critères liés à la pathologie.
- Critère 3e : en cas de suspicion de macrosomie et d'antécédents de dystocie des épaules compliquée d'élongation du plexus brachial, la césarienne programmée est recommandée

Les dossiers dont l'indication de césarienne programmée n'est ni l'utérus cicatriciel, ni la présentation par le siège, ni la macrosomie ne seront pas étudiés.

A l'issue du recueil, l'équipe projet se réunira pour analyser les cas de césariennes programmées non pertinentes au regard de l'âge gestationnel et des critères cliniques explicites. Une décision collective permettra d'identifier les césariennes non pertinentes mais justifiées :

- Pertinente : la césarienne programmée respecte l'âge gestationnel recommandé et répond à au moins un critère explicite de pertinence ;

- Non pertinente mais justifiée : la césarienne programmée ne répond pas aux critères de pertinence mais elle a été jugée nécessaire selon l'avis de l'évaluateur ou de l'équipe projet ; sa décision est alors argumentée au regard des éléments retrouvés dans le dossier-patient. La réflexion bénéfique/risque qui a amené à réaliser la césarienne avant 39 SA ou en dehors des indications recommandées doit être tracée dans le dossier.

- Non pertinente et non justifiée : la césarienne programmée est considérée comme non pertinente au regard des critères de pertinence et n'est pas justifiée par l'avis de l'évaluateur ou de l'équipe projet.

Ce sont ces situations de césariennes non pertinentes et non justifiées qui feront l'objet d'un plan d'actions commun.

Après avoir choisi le thème de travail, il fallait décider des items à améliorer. Le premier objectif était d'effectuer un état des lieux des pratiques en matière d'indication de césarienne programmée à terme, ou d'informations délivrées à la patiente (selon le thème retenu), par rapport aux recommandations de la HAS de janvier 2012. La mise en lumière de ces données est nécessaire 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. La comparaison du parcours réel avec les recommandations permet de choisir une étape à améliorer en priorité, avant de tester un plan d'amélioration des pratiques.

Les équipes se sont réunies, pour décider de la manière de réaliser cet audit clinique. Les équipes avaient le choix entre une étude rétrospective ou une étude prospective par série consécutive. L'étude rétrospective pouvait porter soit sur un nombre préétabli de dossiers de césariennes programmées à terme en fonction du thème choisi, soit sur une période prédéfinie pendant laquelle tous les dossiers de césariennes programmées (du thème choisi) étaient analysés. De même, en cas d'étude prospective, soit un nombre de dossiers suffisant pour réfléchir, soit un intervalle de temps nécessaire ont été prédéfinis.

Pour chacun de ces dossiers le chemin clinique ayant conduit à la décision de césarienne programmée a été comparé au chemin clinique préconisé par les recommandations de la HAS de janvier 2012, en s'appuyant sur la grille de recueil de données du thème choisi. Cette réflexion sur dossiers devait permettre de mettre en évidence les étapes du chemin clinique posant problème, pour par la suite travailler dessus et les améliorer.

Le second objectif était de se questionner, puis de se positionner sur des initiatives en faveur d'une évolution des pratiques vers l'amélioration de celles-ci. Cette action était incluse dans le cadre de l'amélioration des soins, ayant pour but l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi qu'une meilleure efficacité des dépenses de santé.

2. Parcours pertinence-macrosomie du centre hospitalier A

Le centre hospitalier A fait partie du groupe hospitalier nord Vienne, qui comprend également un centre périnatal de proximité. Dans ce centre il y a uniquement des consultations externes, des cours de préparation à la naissance, et de la rééducation périnéale. La maternité A est une maternité de niveau 1, les sages-femmes sont de garde sur place, et l'anesthésiste, le pédiatre, et l'obstétricien sont d'astreinte opérationnelle.

Les maternités ou centres de niveaux 1 comportent une unité d'obstétrique, ils assurent la prise en charge des grossesses sans risque identifié et des soins courants aux nouveau-nés. Elles doivent pouvoir prendre en charge immédiatement une détresse néonatale avant le transfert du nouveau-né.

Cette maternité a réalisé 1214 accouchements en 2012, dont 12,34% de césariennes et 72% d'analgésie péridurale.

Les dossiers obstétricaux sont entièrement informatisés. Les patientes sont suivies tout le

long de la grossesse par l'équipe médicale de la maternité, ou à partir du sixième mois après avoir été préalablement suivies par les praticiens de ville.

L'équipe médicale se réunit une fois par semaine pour discuter des dossiers de patientes dont les grossesses sont à haut risque.

C'est lors d'une de ces réunions pluri-professionnelles que le sujet de l'étude a été présenté à l'équipe. Après discussion, le choix de l'équipe s'est rapidement porté sur le parcours pertinence de la femme enceinte avec macrosomie fœtale. Les arguments invoqués étaient que la macrosomie est souvent un sujet litigieux, qu'il est difficile à définir et à diagnostiquer.

Le service du centre A ne disposait pas de protocole pour la prise en charge des macrosomies, il existait uniquement un protocole diabète et grossesse.

Le service a décidé de faire une étude rétrospective sur 5 dossiers de césariennes programmées à terme pour macrosomie, et de compléter l'étude par une étude en miroir, c'est-à-dire analyser 5 dossiers d'enfants nés macrosomes pour lesquels aucune césarienne programmée n'avait été décidée.

La cadre sage-femme s'est portée volontaire pour prendre en charge le recueil de données.

A l'occasion de ce travail, l'équipe a décidé de compléter l'étude en travaillant sur l'ensemble des accouchements de 2013, et sur la macrosomie.

Les objectifs du service étaient : premièrement d'estimer la fréquence des nouveau-nés macrosomes à la maternité A ; deuxièmement de comparer les pratiques professionnelles de leur service avec les recommandations de bonnes pratiques de l'HAS ; troisièmement de proposer des axes d'amélioration si besoin, en termes de conduite à tenir en cas de macrosomie fœtale.

L'équipe a défini ses critères d'inclusion :

- Les nouveau-nés dont le poids est supérieur ou égal au 97^{ème} percentile selon l'AUDIPOG afin de répondre également au registre statistique de Péristat (indicateurs de surveillance et d'évaluation de la santé périnatale).
- Les patientes ayant accouché d'un nouveau-né macrosome dans le service de gynécologie-obstétrique du groupe hospitalier Nord-Vienne (quelle que soit la pathologie associée durant la grossesse)

Les courbes Audipog sont des modélisations du poids et de la taille de naissance prenant en compte l'âge gestationnel, le sexe, le rang de naissance de l'enfant ainsi que la taille et le poids de la mère. Cette modélisation permet de calculer une limite individuelle de poids en dessous de laquelle un enfant doit être considéré comme hypotrophique, ou au contraire une limite individuelle de poids au-dessus de laquelle un enfant doit être considéré comme hypertrophique.

Les critères d'exclusion étaient :

- Les patientes suivies au centre périnatal de proximité, qui ne fait pas d'accouchement. La maternité A et le centre périnatal de proximité ayant fusionné le 01.01.2014, ils ne partageaient pas les mêmes protocoles en 2013, et l'accès aux dossiers de 2013 du centre périnatal de proximité n'était pas possible.
- Les patientes ayant accouché d'un mort-né
- Les accouchements avant terme (37SA)
- Les dossiers antérieurs à 2012 (date de parution des recommandations de l'HAS)

Pour leur recueil de données, les membres de l'équipe de la maternité A ont utilisé comme source de données le dossier médical informatisé patient : MedyCS. Ils ont fait une requête informatisée grâce au logiciel MuretCS, en s'aidant des codages de la classification commune des actes médicaux (CCAM), notamment celui de la césarienne programmée et de la macrosomie.

Pour la première partie de l'étude sur l'ensemble de la population de l'année 2013, ils ont étudié les données suivantes :

- Le nombre de macrosomes.
- La fréquence des macrosomes dans le groupe hospitalier du nord de Vienne.
- Le nombre de diagnostics de macrosomie $\geq 97^{\text{ème}}$ perc Audipog à l'échographie du 3^{ème} trimestre et le nombre de macrosomies avérées à la naissance.
- Le nombre de diagnostics de macrosomie $\geq 97^{\text{ème}}$ perc Audipog à l'échographie du 9^{ème} mois.

Puis à partir des dossiers d'enfants macrosomes :

- Le nombre de macrosomes hors diabète et le nombre de macrosomes liés au diabète.
- Les antécédents de césarienne chez la mère.
- Les antécédents de dystocie des épaules.

La deuxième partie de l'étude est une étude rétrospective sur cinq dossiers de césarienne programmée pour entre autre macrosomie fœtale. Ces cinq dossiers ont été comparés au chemin clinique proposé par la HAS selon les recommandations (cf figure 1). Pour ce faire nous avons élaboré un tableau de recueil de données visant à aider les équipes à comparer leurs pratiques aux recommandations de la HAS.

Les données recueillies pour les 5 dossiers de césarienne programmée furent donc :

1/ Que la macrosomie soit liée ou non au diabète :

- Recherche de diabète en cas de facteurs de risque de diabète au 1^{er} trimestre et au 6^{ème} mois : oui/non
- Antécédent de dystocie des épaules compliquée d'élongation du plexus brachial : oui/non
- Echographie à 38 semaines d'aménorrhée avec réévaluation du poids fœtal oui/non
- Consultation avec un obstétricien au 9^{ème} mois avec discussion des modalités d'accouchement : oui/non
- Discussion pluri-professionnelle : oui/non

2/ En l'absence de diabète

- Hauteur utérine augmentée pour le terme : oui/non
- Biométries augmentées à l'échographie du 3^{ème} trimestre : oui/non
- Terme du diagnostic de macrosomie : en SA et en jours

3/ En cas de diabète

- Diabète antérieur à la grossesse : oui/non
- Diabète gestationnel : oui/non
- Diabète découvert lors du bilan de macrosomie : oui/non
- Diabète équilibré pendant la grossesse : oui/non

4/ Attitude de l'équipe

- Estimation du poids fœtal au moment du diagnostic de macrosomie : en grammes
- Indication éventuelle d'une césarienne : oui/non et si oui :
 - o Motifs de la césarienne
 - o Décision de césarienne prise par un praticien seul : oui/non, ou après discussion collégiale : oui/non
- Recueil de commentaires éventuels pour étayer l'étude

5/ Issue de l'accouchement

- Date de l'accouchement
- Age gestationnel au moment de l'accouchement : en SA et en jours
- Voie basse ou césarienne
- Poids de naissance

a/ Si voie basse

- A eu lieu avant la date de césarienne prévue : oui/non
- A eu lieu le jour de la césarienne programmée : oui/non
- Recueil des raisons de l'accouchement voie basse
- Recueil des complications éventuelles de l'accouchement

b/ Si césarienne

- Changement d'opérateur : oui/non
- Changement d'indication entre les motifs premiers et les motifs de réalisation de la césarienne : oui/non
- Recueil des raisons du changement
- Intervention :
 - o Avant la date de césarienne prévue : oui/non
 - o Le jour de la césarienne prévue : oui/non
- Recueil des complications éventuelles de l'accouchement

6/ Etat de l'enfant

- Apgar
- PH
- Lactates
- Recueil de commentaires éventuels pour étayer l'étude

Puis pour compléter cette deuxième partie, 5 dossiers d'enfants nés macrosomes, n'ayant pas bénéficié d'une césarienne programmée, ont été étudiés. Les 5 dossiers ont été sélectionnés à partir de la courbe de croissance proposée par l'Audipog et non à partir du poids de naissance. Ces dossiers ont été comparés au chemin clinique proposé par la HAS. Les données recueillies étaient les mêmes que pour les 5 dossiers de la première partie de l'étude.

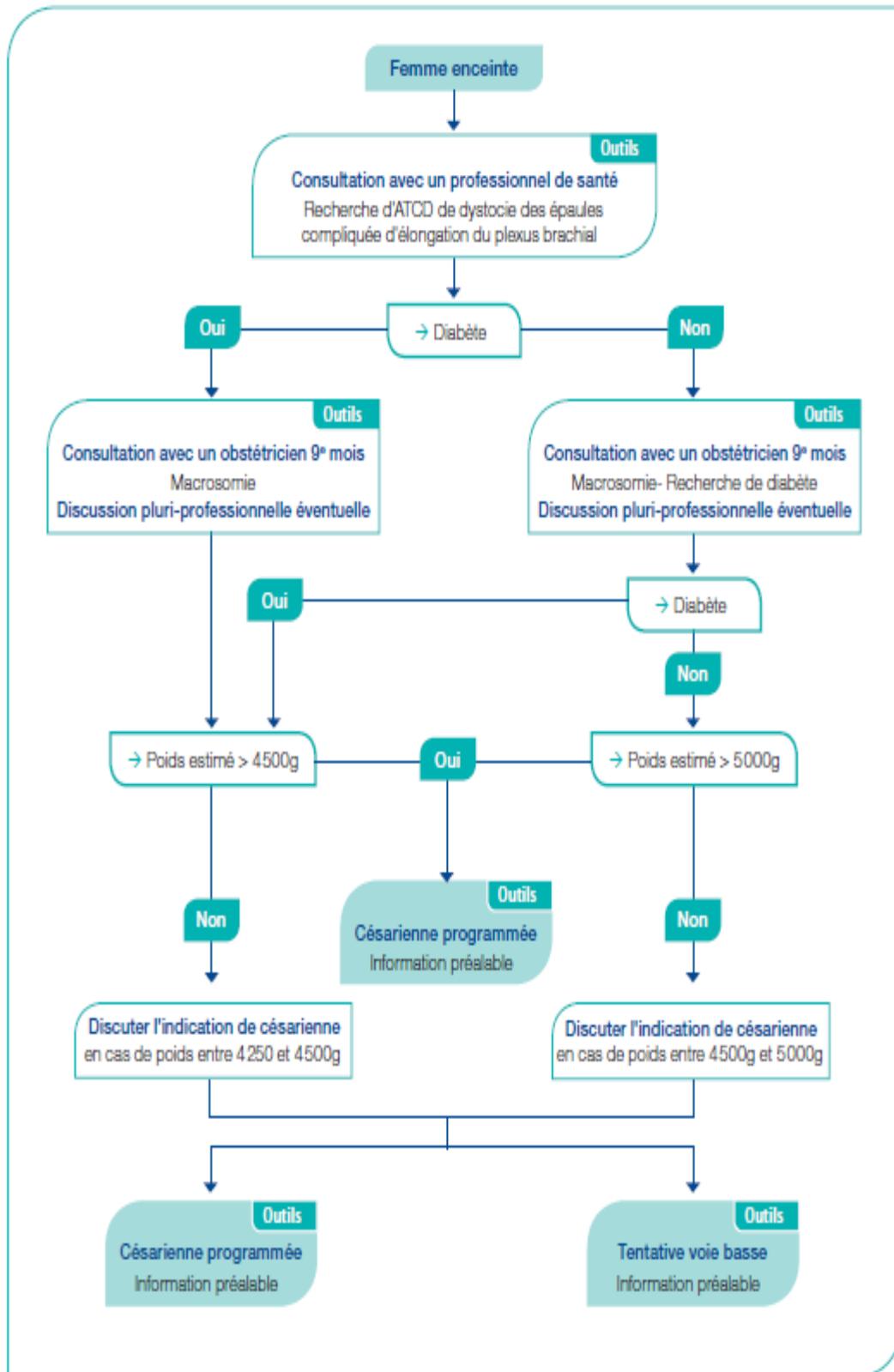


Figure 1 . Parcours générique de la femme enceinte avec macrosomie du fœtus.

3. Parcours pertinence-macrosomie du centre hospitalier B

Le site hospitalier B est une maternité de niveau 2a. Ce site s'intègre dans un réseau de soins avec un centre de niveau 3, le CHU de Poitiers. Seules les sages-femmes sont de garde sur place. L'obstétricien, le pédiatre ainsi que l'anesthésiste sont d'astreinte.

Les centres de niveau 2a comportent une unité d'obstétrique et une unité de néonatalogie, ils prennent en charge des grossesses à risque modéré et des nouveau-nés nécessitant une surveillance particulière mais pas de soins en réanimation. Le service de néonatalogie ne peut prendre en charge que les enfants de plus de 34SA.

Cette maternité a réalisé en 2012 982 accouchements, dont 10,75% de césariennes et 62% d'analgésie péridurale.

Les dossiers médicaux ne sont pas informatisés. Chaque patiente a un dossier papier. Les patientes peuvent être suivies tout au long de leur grossesse à la maternité B ou bien être suivies par un praticien de ville jusqu'au 6^{ème} mois, puis poursuivre le suivi à l'hôpital.

Le personnel médical se réunit une fois par semaine pour discuter des dossiers des grossesses pathologiques, et notamment des dossiers de macrosomie, si le praticien en charge du dossier le juge nécessaire.

Le chef de service a accepté de participer à cette étude, pour pouvoir travailler sur la macrosomie, en étudiant de manière rétrospective des dossiers de césarienne programmée, et en miroir des dossiers d'accouchements d'enfants macrosomes pour lesquels aucune césarienne n'avait été programmée. En effet il avait à plusieurs reprises rencontré des difficultés lors de l'accouchement d'enfants macrosomes.

C'est à l'occasion d'une des réunions pluri-professionnelles hebdomadaires, que le sujet de l'étude a été présenté à l'équipe. Les 2 internes de médecine générale de l'équipe ont été désignés pour sélectionner les dossiers et faire le recueil de données.

C'est avec l'aide des sages-femmes, et à partir du cahier de naissance que les dossiers ont été sélectionnés sur l'année 2013 et l'année 2012. Les cahiers de naissance ont été relus dans leur intégralité, et chaque naissance d'un enfant de plus de 4000g a été répertoriée.

Les objectifs du service étaient premièrement de comparer ses pratiques professionnelles avec les recommandations de bonnes pratiques de la HAS, deuxièmement de proposer des axes d'amélioration si besoin, en termes de conduite à tenir en cas de macrosomie fœtale.

L'équipe a défini ses critères d'inclusion :

- Les nouveau-nés dont le poids est supérieur ou égal à 4000g ou au 90^{ème} percentile selon l'AUDIPOG.
- Les patientes ayant accouché d'un nouveau-né macrosome dans le service de gynécologie-obstétrique du centre hospitalier B (quelle que soit la pathologie associée durant la grossesse).

Les critères d'exclusion étaient :

- Les patientes ayant accouché d'un mort-né.
- Un accouchement avant terme (37SA).
- Les dossiers antérieurs à 2012 (date de parution des recommandations de l'HAS).

Seules 2 césariennes programmées pour macrosomie ont été réalisées entre 2012 et 2013, donc seuls ces 2 dossiers ont été analysés.

Les données recueillies pour ces 2 dossiers de césarienne programmée étaient les mêmes que celles recueillies dans l'étude de Châtelleraut.

Pour compléter cette étude, 8 dossiers d'enfants nés macrosomes, n'ayant pas bénéficié d'une césarienne programmée, ont été étudiés. Ces dossiers ont eux aussi été sélectionnés à partir du cahier de naissance et du poids de naissance. Ces dossiers ont été comparés au chemin clinique proposé par la HAS. Les données recueillies étaient les mêmes que pour les 2 dossiers de la première partie de l'étude.

4. Parcours pertinence-siège au centre hospitalier C

La maternité C est une maternité de niveau 2b, qui a réalisé 1422 accouchements en 2012, avec un taux de césarienne de 18,63%. L'équipe médicale : obstétriciens, sages-femmes, pédiatres et anesthésistes, est de garde sur place.

Les maternités ou centres de niveau 2b comportent une unité d'obstétrique, une unité de néonatalogie et une unité de soins intensifs. Ils sont habilités à prendre en charge des grossesses à risque modéré et des nouveau-nés nécessitant une surveillance particulière, mais pas de soins en réanimation. Les nouveau-nés prématurés doivent être nés à un terme supérieur ou égal à 32 semaines d'aménorrhée et pesés plus de 1500g.

Les dossiers de grossesse sont entièrement informatisés. Les patientes sont suivies tout le long de la grossesse par l'équipe médicale de la maternité, ou à partir du sixième mois de grossesse après avoir été préalablement suivies par les praticiens de ville.

Pour discuter des dossiers de patientes dont les grossesses sont à hauts risques, l'équipe médicale se réunit une fois par semaine.

De manière trimestrielle le service organise une revue de mortalité et de morbidité (RMM). C'est au cours d'une RMM que nous avons présenté notre projet d'étude à l'équipe médicale.

Après discussion et réflexion, l'équipe du centre hospitalier C a choisi de travailler sur le thème césarienne programmée et singleton en présentation par le siège. Ce choix n'a pas été argumenté.

Le service a décidé de faire une étude rétrospective sur 10 dossiers de césariennes programmées à terme pour présentation par le siège chez le singleton.

Dans le service il existe un protocole ancien antérieur à 2010, sur la prise en charge des fœtus en présentation par le siège.

En cas de présentation par le siège à l'échographie du 3^{ème} trimestre, toutes les patientes, sauf celles d'un praticien, se voient proposer des séances d'acupuncture entre l'échographie et 35SA, dans le but de verser le fœtus en présentation céphalique. De plus un schéma explicatif de la position du « pont indien » leur est remis, toujours dans l'optique d'aider la version.

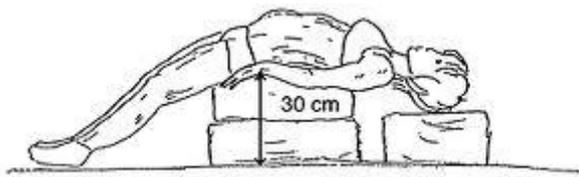


Figure 2. La position du pont indien

Si elles acceptent l'acupuncture, les patientes ont 3 séances entre l'échographie du 3^{ème} trimestre et 35SA.

En cas d'échec de l'acupuncture, à 35SA pour les primipares et 36SA pour les multipares, les patientes se voient proposer une version par manœuvres externes (VME), après remise de la fiche explicative éditée par le CNGOF. Une seule tentative de VME est faite pour chaque patiente qui le souhaite.

Tous les dossiers de fœtus en présentation par le siège sont présentés en réunion pluri-professionnelle en principe.

Une des gynécologues-obstétriciens du service s'est portée volontaire comme responsable de l'étude au centre hospitalier C. Elle s'est occupée de sélectionner les dossiers et d'effectuer le recueil de données.

L'équipe médicale de la maternité C a également décidé de compléter l'étude par une première partie en population générale sur l'année 2013.

Les objectifs du service étaient premièrement d'estimer la fréquence des accouchements par le siège à la maternité C, deuxièmement de comparer les pratiques professionnelles de leur service avec les recommandations de bonnes pratiques de la HAS, troisièmement de proposer des axes d'amélioration si besoin, en termes de conduite à tenir en cas de présentation par le siège chez le singleton.

L'équipe a défini ses critères d'inclusion :

- Les patientes ayant accouché par césarienne programmée à terme d'un nouveau-né en présentation par le siège dans le service de gynécologie-obstétrique de la maternité C.

Les critères d'exclusion étaient :

- Une autre présentation que le siège le jour de l'accouchement.
- Les grossesses multiples.
- Une césarienne avant terme (37SA).
- Les patientes ayant accouché d'un enfant mort-né.
- Les dossiers antérieurs à 2012 (date de parution des recommandations de l'HAS).

La source de données utilisées était le dossier informatisé patient : « Gulper ».

Les dossiers ont été sélectionnés après avoir noté manuellement tous les accouchements en présentation par le siège d'un enfant vivant, issu d'une grossesse unique, par césarienne ou voie basse entre le 1/01/103 et le 31/12/13. Ce relevé a été fait à partir du cahier d'accouchements de la salle de naissance.

La première partie de l'étude portait sur l'ensemble de la population de l'année 2013, afin de constituer des données épidémiologiques sur l'accouchement par le siège chez le singleton. Pour cela les données recueillies étaient :

- Le nombre total d'accouchements par le siège.
- Le nombre de césarienne pour autre présentation par le siège.
- Le nombre d'accouchements voie basse en présentation par le siège.

La deuxième partie de l'étude portait sur le chemin clinique de 10 patientes ayant eu une césarienne programmée à terme pour présentation par le siège.

L'étude a été menée de manière rétrospective, 10 dossiers de césariennes programmées ont été sélectionnés à partir de l'indication de la césarienne. Ces dix dossiers ont été comparés au chemin clinique proposé par la HAS (cf. figure 3). Pour ce faire, nous avons mis à la disposition de l'équipe un tableau de recueil de données élaboré par nos soins, afin de comparer leurs pratiques aux recommandations de la HAS.

Les données recueillies étaient :

1/ Données sur la grossesse

- Terme du diagnostic de présentation par le siège
 - o A l'échographie du 3^{ème} trimestre oui/non
 - o Autre oui/non
- Une action a été proposée (Version par manœuvre externe, acupuncture) oui/non
- Si oui laquelle et à quel terme ?
Si non, y avait-il une contre-indication à la version par manœuvre externe (VME) oui/non
- Une évaluation de la confrontation foeto pelvienne (par pelvimétrie) a été réalisée avant la décision de césarienne programmée oui/non
- Une évaluation de la coopération de la patiente a été réalisée avant la décision de césarienne programmée oui/non
- Les modalités d'accouchement voie basse versus césarienne ont été discutées avec la patiente oui/non
 - o Si oui, à quel terme ? avant la discussion de la VME/ou après l'échec de la VME
- L'indication de la césarienne a été posée uniquement sur la présentation en siège oui/non
- L'indication de la césarienne a été posée en raison d'une demande maternelle (refus de la voie basse) oui/non
- L'indication de la césarienne a été posée sur la présentation en siège et une autre indication oui/non
 - o Si oui laquelle

- Un contrôle de la présentation par échographie a été faite juste avant l'accès au bloc opératoire oui/non

2/ Attitude de l'équipe

- Attitude adoptée conforme aux recommandations de la HAS : oui/non et si non :
 - o La recommandation n'est pas conforme au cas : oui/non
 - o Le contexte est trop complexe : oui/non
 - o Une demande maternelle est explicitement formulée : oui/non
- Recueil de commentaires éventuels pour étayer l'étude

3/ Issue de l'accouchement

- Date de l'accouchement
- Age gestationnel au moment de l'accouchement : en SA et en jours
- Poids de naissance
- Changement d'opérateur : oui/non
- Changement d'indication entre les motifs premiers et les motifs de réalisation de la césarienne : oui/non
- Recueil des raisons du changement
- Intervention :
 - o Avant la date de césarienne prévue : oui/non
 - o Le jour de la césarienne prévue : oui/non
- Recueil des complications éventuelles de l'accouchement

4/ Etat de l'enfant

- Apgar
- Lactates
- Recueil de commentaires éventuels pour étayer l'étude

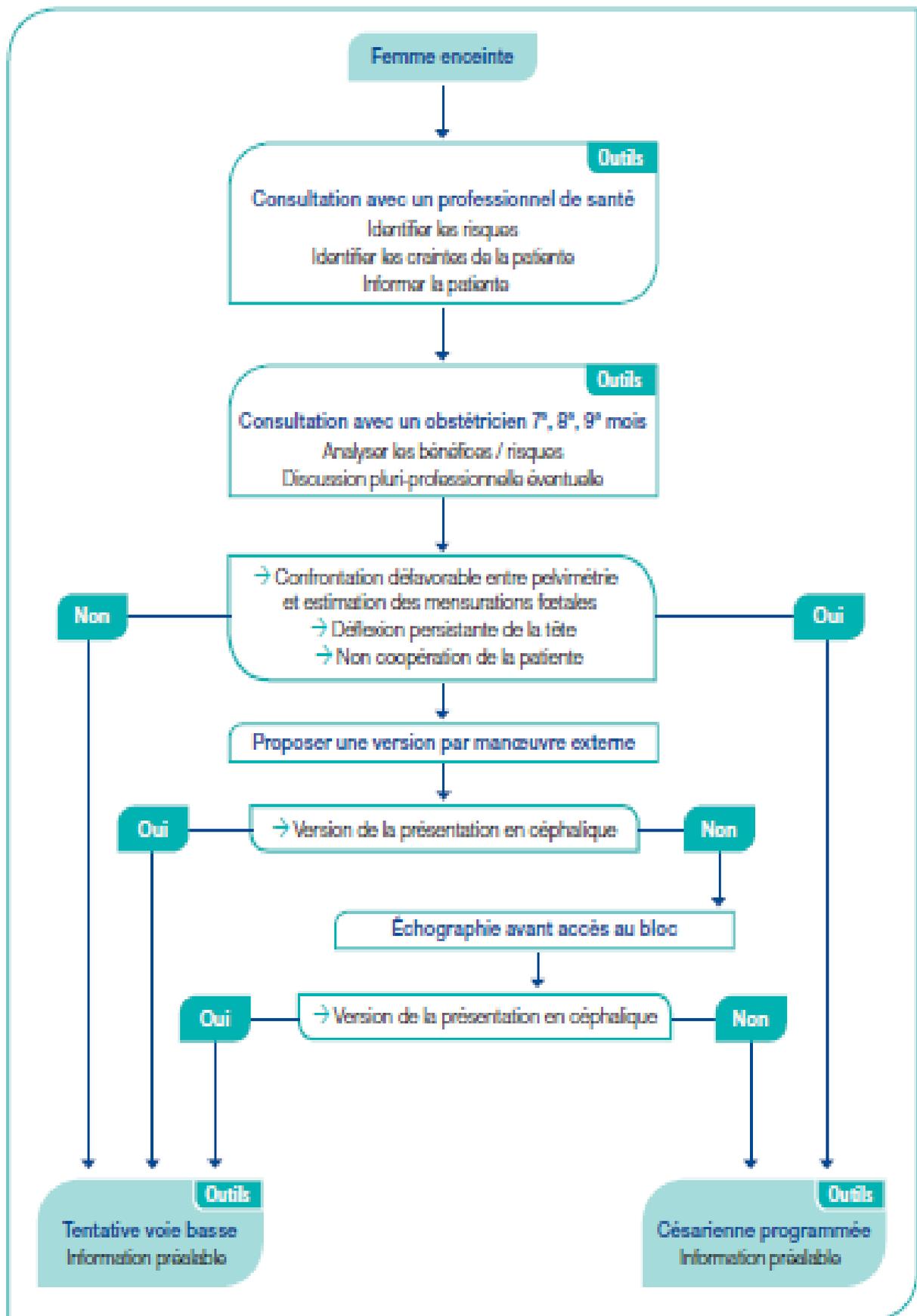


Figure 3 . Parcours générique de la femme enceinte avec présentation par le siège.

5. Parcours pertinence-information de la femme enceinte et césarienne au centre hospitalier D

La maternité du centre hospitalier D est une maternité de niveau 3, elle comporte une unité de néonatalogie et une réanimation néonatale. L'équipe médicale, sage femmes, obstétriciens, pédiatres, et anesthésistes, est de garde sur place.

Les maternités ou centres de niveau 3 assurent la prise en charge des grossesses à haut risque materno-fœtal. Ils disposent, outre de l'unité d'obstétrique, de l'unité de néonatalogie et de soins intensifs, d'une unité de réanimation néonatale assurant en continu la surveillance et les soins des nouveau-nés susceptibles de présenter une détresse grave et/ou nécessitant des soins de réanimation lourds. Les réanimations néonatales prennent en charge les prématurés de moins de 32 semaines et/ou de poids inférieur à 1 500 g.

En 2012 il y a eu 2368 accouchements, avec un taux de césarienne de 14,46%, et un taux d'analgésie péridurale de 70%.

Les dossiers grossesses ne sont pas informatisés, ce sont des dossiers papiers. En début de dossier se trouve une check-list. Elle permet de savoir si la patiente a eu un entretien prénatal précoce et si le couple a un projet de naissance. En fin de dossier une page est consacrée à la conduite à tenir pour l'accouchement (voir annexe 1).

En cas de pathologies pouvant compliquer la grossesse, les patientes peuvent être suivies tout au long de leur grossesse à la maternité D. Pour la majorité des femmes le suivi se fait en ville jusqu'au sixième mois de grossesse, et se poursuit ensuite à la maternité D.

L'équipe médicale se réunit de manière journalière, pour passer en revue les accouchements de la veille, pour informer l'équipe des nouvelles hospitalisations, et pour discuter des conduites à tenir pour certains accouchements en cas de dossiers difficiles et complexes.

C'est à l'occasion d'une de ces réunions que nous avons exposé le sujet de notre étude à l'équipe du centre D. Au vu des dossiers des patientes accouchées les semaines précédentes, l'équipe du centre D a décidé de travailler sur l'information des femmes au sujet de la césarienne. En effet l'expérience des semaines précédentes a montré à l'équipe de la maternité D que l'information de la patiente sur le mode d'accouchement avait pu faire défaut dans certains dossiers, et que les décisions médicales étaient ensuite moins bien acceptées.

Il a été décidé de faire une étude rétrospective sur 10 dossiers de patientes accouchées en décembre 2013, et de relever les marqueurs d'informations délivrés ou non aux patientes.

Dans l'équipe, l'interne en charge des urgences obstétricales et sa chef de clinique ont été désignés pour s'occuper du recueil de données.

Les objectifs du service étaient : premièrement, d'évaluer à la maternité D l'information délivrée aux patientes sur les différents modes d'accouchement ; deuxièmement de comparer les pratiques professionnelles de leur service avec les recommandations pour la pratique clinique de la HAS ; troisièmement de proposer des axes de travail si besoin, pour améliorer l'information délivrée aux femmes sur les différents modes d'accouchement.

Pour toute césarienne programmée, une information de la femme enceinte est nécessaire (indication, rapport bénéfices/risques, conditions de réalisation). Les éléments d'information communiqués doivent être délivrés dans le dossier médical au fil des consultations anténatales.

Il est nécessaire d'informer toutes les femmes enceintes de l'existence d'événements pouvant intervenir avant ou pendant le travail et modifier le mode d'accouchement initialement programmé.

L'équipe a défini ses critères d'inclusion :

- Patientes ayant accouché à terme au centre hospitalier D (quelle que soit la pathologie).

L'équipe a défini ses critères d'exclusion :

- Accouchement avant le terme (37SA)
- Dossier antérieur à 2012

L'équipe avait pour sources de données les dossiers papier des 10 patientes sélectionnées de manière rétrospective, ces dossiers ont été sélectionnés à partir du cahier de naissance, sur le mois de décembre 2013. Nous avons recueilli de manière exhaustive les noms des patientes ayant accouché par voie basse ou par césarienne d'une grossesse gémellaire, ou d'un singleton en présentation par le siège, ou d'un enfant macrosome, ou les patientes porteuses d'un utérus cicatriciel. A partir de l'identité des patientes, les 10 dossiers ont pu être sortis des archives et étudiés.

Ces dix dossiers ont été comparés au chemin clinique proposé par la HAS (cf figure 4). Nous avons élaboré un tableau de recueil de données visant à aider les équipes à comparer leurs pratiques aux recommandations de la HAS.

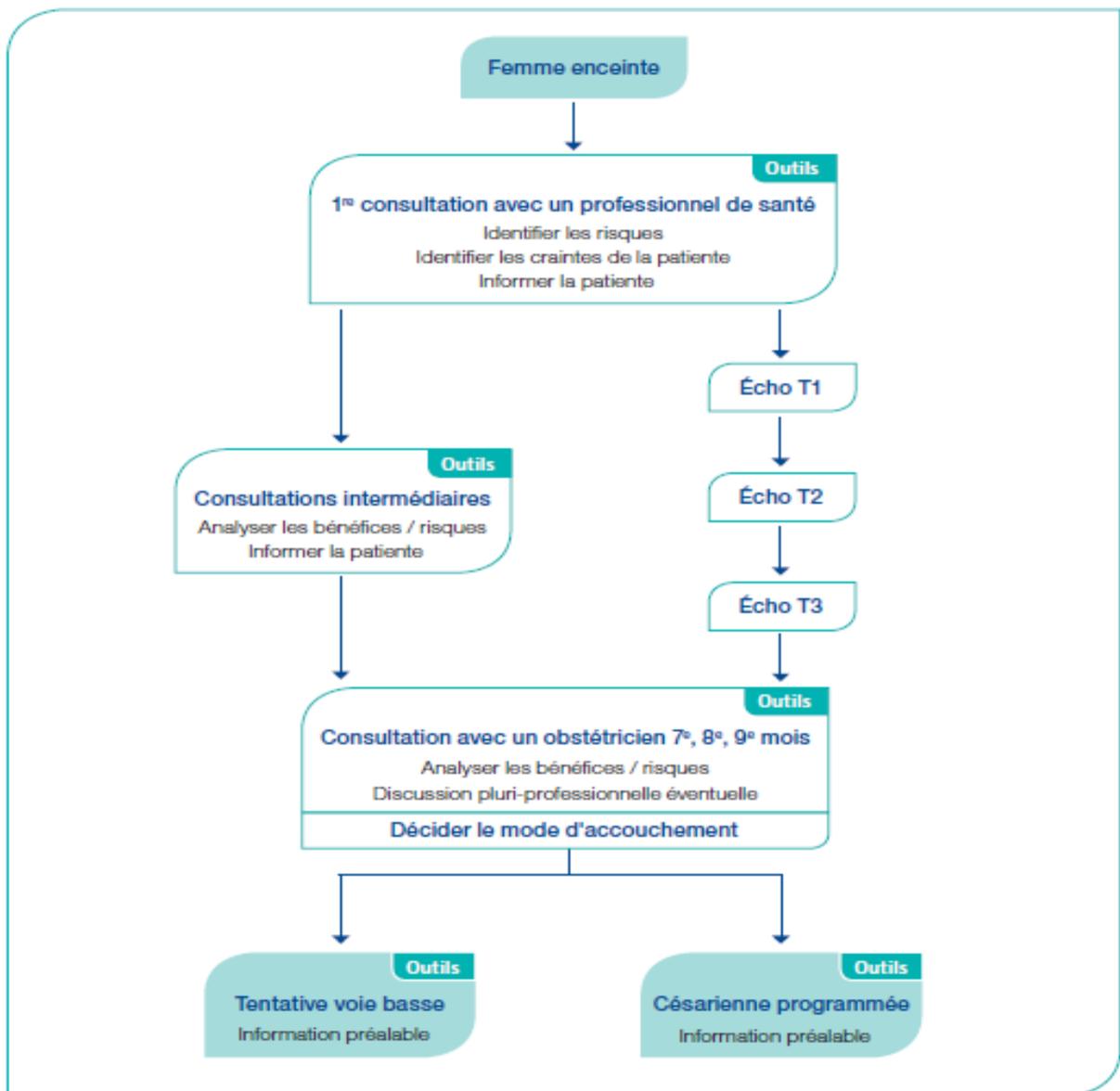


Figure 4. Parcours générique de la femme enceinte pouvant nécessiter une césarienne

Les données recueillies étaient :

1/ La 1^{ère} consultation

- Y a-t-il eu un entretien prénatal précoce? oui/non/ne sait pas
- Anamnèse :
 - o Maladies chroniques (HTA diabète, autres) oui/non
 - o Cicatrice corporelle oui/non
 - o Accouchements antérieurs oui/non
 - o Représentations de la femme enceinte sur les modes d'accouchement
- Examen clinique :
 - o Poids et taille
- Information :
 - o Participation du père ou de l'entourage à la naissance. oui/non
 - o Accompagnement de la décision du mode d'accouchement par une réflexion sur la balance bénéfices/risques. oui/non
- Statut du praticien ayant fait la consultation : sénior/interne/ Médecin généraliste

2/ Consultations intermédiaires

- Anamnèse :
 - o Risques obstétricaux et périnataux expliqués. oui/non
 - o Possibilités de tentative de voie basse abordée. oui/non
 - o ATCD d'accouchement voie basse. oui/non
 - o Souhait du père de participer à la naissance. oui/non
 - o Peur de la voie basse. oui/non
- Statut du praticien ayant fait la consultation : sénior/interne/ Médecin généraliste

3/ Consultations avec un obstétricien 7^{ème}, 8^{ème}, 9^{ème} mois

- Anamnèse :
 - o Pathologie fœtale, notamment macrosomie. oui/non
 - o Pathologie maternelle notamment diabète. oui/non
 - o Présentation fœtale, position du placenta. oui/non
- Information sur le risque d'accouchement :
 - o Une information a été délivrée auprès de la femme avec l'indication, le rapport bénéfice/risques et les conditions de réalisation. oui/non
 - o Une information a été délivrée sur les modifications possibles du mode d'accouchement en fonction de l'existence de nouveaux événements. oui/non
 - o Trace écrite du choix de la voie d'accouchement :
 - Dans le compte rendu d'une consultation. oui/non
 - Dans le compte rendu d'une réunion de service. oui/non
 - Sur la page de garde du dossier. oui/non

- Information sur les conséquences de l'accouchement :
 - o Une information a été délivrée sur les risques de complications pour les grossesses futures (placenta prævia/ accreta). oui/non
 - o Une information a été délivrée sur l'augmentation des accidents thromboemboliques veineux. oui/non
- Consultation réalisée par un interne/un sénior

4/ Information selon l'indication de la césarienne programmée

a) Utérus cicatriciel

- Précision sur l'utérus cicatriciel (Uni, bi, tri, ou quadri cicatriciel). oui/non
- Les comptes rendus des césariennes et autres interventions antérieures sur l'utérus son présents dans le dossier. oui/non
- Utérus monocicatriciel : une proposition de voie basse a été faite à la patiente (sauf en cas de cicatrice corporéale). oui/non
- Utérus bicicatriciel : le choix a été discuté entre voie basse et césarienne programmée :
 - o En réunion de service. oui/non
 - o Avec la patiente. oui/non
- Utérus tricicatriciel : la césarienne programmée a été proposée. oui/non
- Le risque de rupture utérine a été expliqué. oui/non

b) Présentation par le siège et singleton

- Terme du diagnostic de présentation du siège.
- Les modalités d'accouchement VB versus césarienne ont été discutées avec la patiente. oui/non
- A quel terme, et à quelle occasion : Echographie du 3^{ème} trimestre/version par manœuvre externe/en consultation

c) Macrosomie

- Information sur les risques de l'accouchement d'un macrosome. oui/non
- Les modalités d'accouchement VB versus césarienne ont été discutées avec la patiente. oui/non
- Discussion en réunion pluri-professionnelle de l'indication d'une césarienne lors d'une suspicion de macrosomie. oui/non

d) Grossesse gémellaire

- Type de grossesse gémellaire : bichoriale biamniotique/ monochoriale monoamniotique/ monochoriale monoamniotique
- Information sur les modalités d'accouchement en cas de grossesse gémellaire. A quel terme ?

5/ Issue de l'accouchement

- Date programmée de l'accouchement.
- Date de l'accouchement.
- Age gestationnel au moment de l'accouchement : en SA et en jours.

6/ Etat de l'enfant

- Apgar ; PH/Lactates.
- Recueil de commentaires éventuels pour étayer l'étude.

IV] RESULTATS

1. Centre Hospitalier A

1.1. Etude de la macrosomie sur l'ensemble de la population en 2013

Sur les 1163 naissances de l'année 2013, 1148 naissances ont été retenues, puisque 15 dossiers concernaient des mort-nés et des interruptions médicales de grossesse. 47 patientes ont eu une échographie du 3^{ème} trimestre montrant une macrosomie fœtale supérieure ou égale au 97^{ème} percentile Audipog. 14 nouveau-nés étaient macrosomes en prenant comme définition de la macrosomie un poids de naissance supérieur ou égal au 97^{ème} percentile Audipog. La fréquence de la macrosomie fœtale en 2013 au CH A était donc de 1,22%.

Parmi les 47 patientes dont le fœtus a été estimé macrosome à l'échographie du 3^{ème} trimestre, aucune n'a accouché d'un nouveau-né de poids de naissance supérieur ou égal au 97^{ème} percentile Audipog, et 4 d'entre elles ont accouché d'un nouveau-né de poids de naissance supérieur ou égal au 90^{ème} percentile.

Parmi les 14 macrosomies néonatales avérées, aucune n'a été diagnostiquée à l'échographie du 3^{ème} trimestre, 4 échographies du 3^{ème} trimestre étaient normales (<90^{ème} percentile Audipog). 2 macrosomies fœtales ont été diagnostiquées lors d'une échographie de fin de grossesse (6 patientes ont bénéficié d'une échographie entre 35SA et 4 jours et 36SA et 4 jours).

3 macrosomies fœtales étaient liées au diabète, soit 21% de l'ensemble des macrosomies fœtales.

Aucun dossier ne comportait d'antécédents de césarienne chez la mère. Seul un antécédent de dystocie des épaules a été relevé.

L'échantillon étant de petite taille, aucune conclusion n'a été faite à partir de ces résultats.

1.2. Les 10 dossiers retenus pour analyse

1.2.1. Adéquation du suivi prénatal avec le parcours pertinence type de la HAS (figure 1)

Que la macrosomie soit liée ou non à un diabète, nous avons comparé les résultats du groupe « césarienne programmée » (CP), à ceux du groupe « intention de voie basse » (IVB). Les principaux résultats sont résumés dans le tableau 1.

Tableau 1. Chemin clinique des patientes du CH A

| Macrosomie liée ou non au diabète | CP Oui (n/N) | IVB Oui (n/N) |
|---|-----------------|------------------|
| Recherche de diabète en cas de facteur de risque au 1 ^{er} trimestre et au 6 ^{ème} mois | 4/4 | 4/5 |
| Recherche de diabète en cas de macrosomie | 2/5 | 1/2 |
| Recherche d'un antécédent de dystocie des épaules compliquée d'élongation du plexus brachial | 0/5 | 1/5 |
| Echographie à 38SA pour réévaluation du poids fœtal | 3/5 | 2/2 |
| Consultation avec un Obstétricien au 9 ^{ème} mois et discussion des modalités d'accouchement | 5/5 | 1/2 |
| Discussion pluri-professionnelle éventuelle | 5/5 | 1/2 |

- Groupe césarienne programmée:

Parmi les 5 patientes de ce groupe, une avait un diabète antérieur à la grossesse, 2 ont eu un diabète gestationnel diagnostiqué lors du dépistage.

Dans aucun des dossiers il n'y a d'antécédent de dystocie des épaules, mais aucune des 5 patientes n'a accouché par voie basse auparavant.

Toutes les patientes ont bénéficié d'une consultation au 9^{ème} mois avec un obstétricien pour discuter des modalités d'accouchement.

Pour 4 des 5 dossiers il y a eu une discussion pluri-professionnelle pour discuter de la voie d'accouchement. Pour le dernier dossier, le gynécologue obstétricien de ville a pris la décision de césarienne programmée, cette décision a ensuite été approuvée par l'équipe du CH A.

- Groupe intention de voie basse:

Ce groupe est constitué de 5 patientes.

La recherche de diabète en cas de facteur de risque aux différents temps de la grossesse préconisé par le CNGOF (Collège national des gynécologues obstétriciens) a été faite pour 4 des 5 patientes, l'une ne l'ayant fait qu'au 6^{ème} mois de grossesse.

Pour 3 des 5 patientes il n'y a pas eu de suspicion de macrosomie en anténatal, malgré des signes cliniques évocateurs. Après la suspicion de macrosomie, un diabète n'a été recherché que chez une des 2 patientes. Pour la deuxième patiente, le diagnostic de macrosomie a été

fait au terme de 38SA et 4 jours, la patiente ayant déjà eu un dépistage du diabète, il n'a pas été refait. La découverte d'un diabète gestationnel aurait pourtant modifié la prise en charge chez cette patiente.

Seul un antécédent de dystocie des épaules a été trouvé sur les cinq dossiers, pour les 4 autres il n'y a pas de trace écrite de recherche de l'information.

1.2.2. Diagnostic de macrosomie en l'absence de diabète :

Six patientes n'avaient pas de diabète (2 dans le groupe CP et 4 dans le groupe IVB). Le diagnostic de macrosomie est détaillé dans le tableau 2.

Tableau 2. Suspicion de macrosomie en l'absence de diabète au CH A

| | CP Oui (n/N) | IVB Oui (n/N) |
|--|-----------------|--|
| La suspicion de macrosomie a été faite devant : - une hauteur utérine augmentée pour le terme - des biométries augmentées à l'échographie du 3 ^{ème} trimestre - autre | 1/2 2/2 | 2/4 1/4 1 /4 (Echographie à 38SA) |
| L'indication de la césarienne programmée a été posée uniquement sur la suspicion de macrosomie | 0/2 | |

- Groupe césarienne programmée:

Les 2 patientes n'étaient pas en surpoids. Seule une patiente avait des signes cliniques évocateurs de macrosomie : une hauteur utérine à 36 cm à 35SA et 2 jours.

Pour les deux patientes, les biométries fœtales augmentées à l'échographie du 3^{ème} trimestre ont fait suspecter la macrosomie.

- Groupe intention de voie basse:

Deux patientes avaient des hauteurs utérines augmentées pour le terme faisant suspecter une macrosomie. Pour l'une, l'échographie du 3^{ème} trimestre était également suspecte de macrosomie, pour la seconde patiente l'échographie faite à 38SA a confirmé la suspicion de macrosomie.

Pour les deux autres patientes, il n'y a pas eu de suspicion de macrosomie en anténatale malgré des signes cliniques évocateurs : hauteurs utérines augmentées chez des patientes minces.

L'issue des grossesses des patientes non diabétiques est résumée dans les tableaux 3 et 4.

Tableau 3. Césariennes programmées pour macrosomie en l'absence de diabète au CH A

| | Age gestationnel lors de la décision de césarienne | EPF lors de la décision | HU | Indication de la césarienne | Age gestationnel lors de la césarienne | Poids de naissance Etat de l'enfant : Apgar (A) Lactates en mU/L |
|-------------|--|-----------------------------------|--------------|--|--|---|
| Patiente 1 | 38SA et 2jours | 4100g 96,8 ^{ème} perc | 36cm 35SA | Macrosomie + utérus cicatriciel | 39SA et 2jours | 4260g 96,8 ^{ème} perc A 10/10 Lactates 5 |
| Patiente 2* | 38SA et 2jours | Pas de réévaluation | 31cm 35SA | BGR**+ utérus cicatriciel + macrosomie | 38SA et 4jours | 3350g 70,5 ^{ème} perc A 10/10 Lactates 1,8 |

*Patiente 2 a eu pelvimétrie lors de la grossesse précédente pour présentation par le siège

**Bassin généralement rétréci

Pour les 2 patientes la décision de césarienne programmée n'a pas été prise uniquement sur la suspicion de macrosomie.

Pour ces 2 dossiers de césarienne programmée, la décision de césarienne a été une décision collégiale. Les 2 césariennes ont été réalisées le jour prévu, il n'y a pas eu de changement d'indication. Il n'y a pas eu de complication lors de la réalisation des césariennes. Les nouveau-nés étaient bien portants à la naissance.

Tableau 4. Accouchement d'enfants macrosomes chez des patientes non diabétiques au CH A

| | Dernière EPF | HU | Age gestationnel Le jour de l'accouchement | Mode d'accouchement | Poids de naissance | Etat de l'enfant à la naissance Apgar (A) |
|------------|---|--------------|--|---|--------------------------------------|---|
| Patiente a | 3980g 98,5 ^{ème} perc 38SA et 4jours | 38cm 38SA | 39SA et 6jours | Voie basse simple | 4515g 99,1 ^{ème} perc | A 10/10 Lactates 1,9mU/L |
| Patiente b | 4140g 97,4 ^{ème} perc 38SA | 33cm 32SA | 39SA et 5jours | Césarienne en urgence | 5130g 99,8 ^{ème} perc | A10/10 Lactates 3,8 |
| Patiente c | 2390g 92,6 ^{ème} perc 32SA et 6jours | 35cm 39SA | 41SA et 2jours | Voie Basse Dystocie des épaules Jacquemier | 5020g 99,5 ^{ème} perc | A 8/10 Lactates 3 Pas de réanimation Pas d'EPB |
| Patiente e | 1940g 87,2 ^{ème} perc 31SA et 6jours | 34cm 41SA | 41SA et 5jours | Voie basse simple | 4965g 99,8 ^{ème} perc | A 7/10 Lactates 2,1 DRT évolution favorable |

DRT : détresse respiratoire transitoire

EPB : élongation du plexus brachial

Les 4 nouveau-nés avaient un poids de naissance supérieur à 4500g, une césarienne programmée aurait pu se discuter, si le diagnostic de macrosomie avait été fait en anténatal.

Pour les 2 nouveau-nés dont le poids de naissance est supérieur à 5000g, si le diagnostic avait été fait en anténatal une césarienne programmée aurait été recommandée.

1.2.3. Diagnostic de macrosomie en cas de diabète :

Ce sous-groupe est constitué de 4 patientes, 3 dans le groupe « césarienne programmée » (CP) et une dans le groupe « intention de voie basse » (IVB). Le type de diabète est détaillé dans le tableau 5.

Tableau 5. Macrosomie et diabète au CH A

| | Groupe CP Oui (n/N) | Groupe IVB Oui (n/N) |
|---|------------------------|-------------------------|
| Diabète antérieur à la grossesse | 1/3 | 0/1 |
| Diabète gestationnel | 2/3 | 1/1 |
| Diabète gestationnel découvert lors du bilan de la macrosomie | 0/3 | 0/1 |
| Diabète équilibré pendant la grossesse | 1/3 | 0/1 |
| La suspicion de macrosomie a été faite devant : | | |
| - une hauteur utérine augmentée pour le terme | 0/3 | 1/1 |
| - des biométries augmentées à l'échographie du 3 ^{ème} trimestre | 1/3 | 0/1 |
| - autre | 2/3 | 0/1 |
| L'indication de la césarienne a été posée uniquement sur la suspicion de macrosomie | 0/3 | |

- Groupe césarienne programmée:

Pour une patiente la suspicion de macrosomie a été faite à l'échographie du 3^{ème} trimestre. Pour les deux autres patientes le diagnostic a été fait lors d'échographie de surveillance dans le cadre du diabète (pour l'une à 26SA et pour la seconde à 37SA).

- Groupe intention de voie basse:

Chez cette patiente, la clinique était évocatrice de macrosomie, ce qui a motivé la réalisation d'une échographie de contrôle. L'échographie n'était pas suspecte de macrosomie et n'a pas été remise en cause.

L'issue des grossesses des patientes diabétiques est résumée dans les tableaux 6 et 7.

Tableau 6. Césariennes programmées en cas de macrosomie liée au diabète au CH A

| | Age gestationnel lors de la décision de césarienne | EPF lors de la décision | HU | Indication de la césarienne | Age gestationnel lors de la césarienne | Poids de naissance Etat de l'enfant : Apgar (A) Lactates(Lac) en mU/L |
|------------|--|------------------------------------|--------------|------------------------------------|--|--|
| Patiente 3 | 39SA et 2jours | 4400g 98 ^{ème} perc | 34cm 35SA | Macrosomie et DG sous insuline | 39SA et 5jours | 4330g 95 ^{ème} p A 10/10 Lac : 1,4 |
| Patiente 4 | 38SA et 2jours | 3900g 90,6 ^{ème} perc | 34cm 38SA | Macrosomie+utérus cicatriciel+ DG | 39SA et 5jours | 4160g 84,9 ^{ème} p A 10/10 Lac : 5 |
| Patiente 5 | 35SA et 5jours | 3390g 96,99 ^{ème} perc | 32cm 35SA | Utérus bicatriciel+ macrosomie+DID | 37SA et 5jours | 4340g 94,88 ^{ème} p A10/10 Lac : 2,8 |

Chez ces 3 patientes la hauteur utérine était augmentée, mais ce n'est pas la hauteur utérine qui était à l'origine de la suspicion de la macrosomie.

Chez aucune de ces trois patientes la décision de césarienne n'a été posée uniquement sur la suspicion de macrosomie.

Pour ces 3 dossiers de césarienne programmée, la décision de césarienne a été une décision collégiale. Les 3 césariennes ont été réalisées le jour prévu, il n'y a pas eu de changement d'indication. Il n'y a pas eu de complication lors de la réalisation des césariennes.

Les nouveau-nés étaient bien portants à la naissance.

Tableau 7. Accouchement d'un enfant macrosome chez une patiente diabétique au CH A

| | Dernière EPF | HU | Age gestationnel Le jour de l'accouchement | Mode d'accouchement | Poids de naissance | Etat de l'enfant à la naissance Apgar (A) |
|------------|---|--------------|---|---------------------|-----------------------------------|--|
| Patiente d | 2980g 63,9 ^{ème} perc 36SA et 4jours | 35cm 35SA | 39SA et 3jours | Voie basse simple | 4370g 98,9 ^{ème} perc | A 10/10 Lactates 2,1 |

Chez cette patiente avec un diabète gestationnel, la macrosomie n'a pas été diagnostiquée en anténatal, elle a été suspectée devant la hauteur utérine augmentée pour le terme, mais non confirmée par l'échographie de contrôle. L'enfant est né avec un poids de naissance supérieur à 4250g, si cette macrosomie avait été diagnostiquée en anténatal l'équipe aurait pu discuter d'une césarienne programmée.

1.3. Axes d'améliorations

A l'issue du travail de recueil de données, l'équipe de la maternité A s'est à nouveau rassemblée pour discuter des résultats, trouver des axes d'amélioration de leurs pratiques, l'objectif étant que par la suite les conduites à tenir pour les dossiers de macrosomie soient les plus conformes possibles aux recommandations de la HAS.

Les conclusions de l'équipe sont que la prise en charge des patientes bénéficiant d'une césarienne programmée pour entre autre macrosomie fœtale est globalement bonne.

Toutefois la recherche de diabète en cas de macrosomie manque dans un dossier sur dix. La consultation au 9^{ème} mois avec un gynécologue obstétricien pour discuter de la voie d'accouchement manque dans 4 dossiers sur 10, mais pour 3 de ces 4 dossiers il n'y a pas eu de diagnostic de macrosomie.

La majorité des dossiers ont bien été discutés en réunion pluri professionnelle, avec 6 dossiers sur 10 discutés par l'équipe. Pour 3 des dossiers non discutés, le diagnostic de macrosomie n'avait pas été fait. L'antécédent de dystocie des épaules n'a été retrouvé que dans un dossier sur dix, il n'est pas possible de savoir si cet antécédent a été recherché mais non trouvé et non retranscrit dans les autres dossiers.

Après discussion, l'équipe a pris les résolutions suivantes :

- Faire ou refaire une hyperglycémie orale provoquée en cas de suspicion de macrosomie, à la recherche d'un diabète gestationnel.
- Faire une échographie de contrôle à 38SA si le poids fœtal estimé à l'échographie du 3^{ème} trimestre est supérieur ou égal au 97^{ème} percentile Audipog.
- Pour les patientes avec un diabète gestationnel, pas d'échographie de contrôle à 35SA mais à 38SA.
- Faire une échographie aux patientes dont la hauteur utérine est supérieure ou égale à 35cm, même si les échographies précédentes étaient rassurantes.
- Discuter des dossiers pour lesquels le poids fœtal a été estimé à 4000 grammes ou plus à 39SA, et /ou des dossiers où la hauteur utérine est supérieure ou égale à 35cm.
- Consultation systématique au 9^{ème} mois avec un obstétricien lorsqu'il y a une suspicion de macrosomie, pour discuter de la voie d'accouchement.

2. Centre Hospitalier B

2.1. Etude de la macrosomie sur l'ensemble de la population en 2012 et 2013

- En 2012, il y a eu à la maternité B, 982 naissances dont 10 morts fœtales in utéro soit 972 naissances vivantes. 4 nouveaux nés étaient macrosomes en 2012 soit 0.4% des naissances vivantes, moins que la moyenne nationale.
- En 2013, il y a eu 1016 naissances dont 3 morts fœtales in utéro soit 1013 naissances vivantes. 9 nouveaux nés étaient macrosomes en 2013 soit 0.9% des naissances vivantes.

2.2. Adéquation du suivi prénatal avec le parcours pertinence type de la HAS (figure 1)

Les dix patientes ont été séparées en deux groupes. Le groupe « césarienne programmée » (CP) est constitué de 2 patientes. Le groupe « intention de voie basse » (IVB) est composé de 8 patientes pour qui la voie basse a été acceptée. Le chemin clinique de ces patientes est résumé dans le tableau 8.

Tableau 8. Chemin clinique des 10 patientes au CH B

| Macrosomie | CP Oui (n/N) | IVB Oui (n/N) |
|---|-----------------|------------------|
| Recherche de diabète en cas de facteur de risque au 1 ^{er} trimestre et au 6 ^{ème} mois | 0/2 | 0/4 |
| Recherche de diabète en cas de macrosomie | 0/1 | 1/6 |
| Recherche d'un antécédent de dystocie des épaules compliquée d'élongation du plexus brachial | 0/2 | 0/6 |
| Echographie à 38SA pour réévaluation du poids fœtal | 1/2 | 3/6 |
| Consultation avec un Obstétricien au 9 ^{ème} mois et discussion des modalités d'accouchement | 2/2 | 2/5 |
| Discussion pluri-professionnelle éventuelle | 1/2 | 1/5 |

- Groupe césarienne programmée:

Les 2 patientes de ce groupe présentaient des facteurs de risques de diabète gestationnel, mais elles n'ont pas eu les 2 temps du dépistage comme préconisé par le CNGOF.

Une patiente a été considérée comme ayant un diabète gestationnel devant une glycosurie et des glycémies post prandiales augmentées et devant la suspicion de macrosomie échographique, sans contrôle de l'hyperglycémie orale provoquée (HGPO) qui était normale à 24SA. La patiente a été mise sous insuline et son diabète est resté bien équilibré au cours de la grossesse.

Chez ces deux patientes, il n'y a pas eu de recherche de dystocie des épaules, mais aucune des 2 patientes n'avait accouché par voie basse auparavant.

La patiente qui n'a pas eu de contrôle échographique à 38SA, avait un utérus bicatriciel, et la césarienne a été programmée après l'échographie du 3^{ème} trimestre.

- Groupe intention de voie basse:

Quatre des patientes n'avaient pas de facteur de risque de diabète gestationnel.

Pour 6 des 8 patientes il y a eu une suspicion de macrosomie en anténatal.

L'antécédent de dystocie des épaules n'a pas été recherché, mais 3 des patientes étaient nullipares.

Trois patientes n'ont pas eu d'échographie de contrôle des biométries fœtales à 38SA. L'échographie du 3^{ème} trimestre retrouvait pourtant des biométries au 96^{ème} percentile Audipog pour le premier fœtus, au 93^{ème} percentile Audipog pour le second, au 99^{ème} percentile Audipog pour le troisième fœtus.

L'échographie de contrôle à 38SA a infirmé le diagnostic de macrosomie pour une des patientes.

Le diagnostic de macrosomie est détaillé dans le tableau 9.

Tableau 9. Suspicion de la macrosomie au CH B

| | CP Oui (n/N) | IVB Oui (n/N) |
|---|-----------------|------------------|
| La suspicion de macrosomie a été faite devant : | | |
| - une hauteur utérine augmentée pour le terme | 0/2 | 0/6 |
| - des biométries augmentées à l'échographie du 3 ^{ème} trimestre | 1/2 | 6/6 |
| - autre | 1/2 | 0/6 |

- Groupe césarienne programmée:

Pour une des patientes, des biométries augmentées à l'échographie du 3^{ème} trimestre ont fait suspecter une macrosomie. Pour la seconde patiente c'est lors d'une échographie de contrôle à 26SA, pour suspicion de séroconversion cytomégalovirus (CMV), que la macrosomie a été suspectée.

- Groupe intention de voie basse:

Dans ce groupe aucune patiente n'a présenté de diabète gestationnel.

Chez 6 patientes sur 8 le diagnostic de macrosomie a été fait en anténatal. Pour ces 6 patientes le diagnostic a été fait devant des biométries augmentées à l'échographie du 3^{ème} trimestre.

Pour 2 patientes le diagnostic de macrosomie n'a pas été fait en anténatal. Pour l'une, il aurait pu être suspecté devant des hauteurs utérines (HU) augmentées chez une patiente mince : à 37SA HU à 36 cm. Pour la deuxième patiente le diagnostic était plus difficile, les HU étaient très légèrement augmentées chez une patiente en surpoids : à 35SA et 2 jours HU à 32 cm.

2.3. Issues des grossesses au CH B

2.3.1. Groupe césarienne programmée

L'issue des césariennes programmées pour macrosomie au CH B sont résumées dans le tableau 10.

Tableau 10. Césariennes programmées pour macrosomie au CH B

| | Age gestationnel lors de la décision de césarienne | EPF lors de la décision | HU | Indication de la césarienne | Age gestationnel lors de la césarienne | Poids de naissance Etat de l'enfant : Apgar (A) PH |
|------------|--|--|------------------|--|--|--|
| Patiente a | 32SA et 1j | 2276g à 31SA 98,77 ^{ème} perc Audipog | Pas de mesure | Utérus bicatriciel et macrosomie | 38SA et 6jours | 4840g 99,47 ^{ème} perc Audipog A 10/10 PH 7,27 |
| Patiente b | 38SA et 5j | 3570g 83 ^{ème} perc Audipog | 36cm 36SA | Utérus cicatriciel, DG et suspicion de macrosomie | 40SA | 4250g 94,97 ^{ème} perc Audipog A 10/10 PH 7,26 |

Pour les 2 patientes la décision de césarienne programmée n'a pas été prise uniquement sur la suspicion de macrosomie.

Les nouveau-nés étaient bien portants à la naissance.

Pour ces 2 césariennes, il n'y a pas eu de changement d'indication. Pour l'une, l'opérateur n'était pas la personne ayant posé l'indication de la césarienne.

2.3.2. Groupe intention de voie basse

Les issues de grossesses des patientes du groupe 2 sont résumées dans le tableau 11.

Tableau 11. Accouchement d'enfants macrosomes chez des patientes non diabétiques au CH B

| | Dernière EPF | HU | Age gestationnel Le jour de l'accouchement | Mode d'accouchement | Poids de naissance | Etat de l'enfant à la naissance Apgar (A) PH ou Lactates (Lac) |
|------------|---|----------------|---|---|---------------------------------|--|
| Patiente 1 | 2353g 99 ^{ème} perc 31SA et 6jours | 39cm 38SA | 40SA | Voie Basse difficulté aux épaules : Mac Roberts et pression sus pubienne | 4640g 99 ^{ème} perc | A 8/10 PH 7,20 Pas d'EPB* |
| Patiente 2 | 2135g 93 ^{ème} perc 32SA et 3jours | Non mesurée | 40SA et 3jours | Voie basse simple | 4340g 95 ^{ème} perc | A 10/10 PH 7,24 |
| Patiente 3 | 3646g 97 ^{ème} perc 37SA et 6jours | 37cm 38SA | 38SA et 5j | Voie basse forceps pour dystocie de descente et Mac roberts pour difficulté aux épaules | 4210g 99 ^{ème} perc | A 10/10 PH 7,26 Pas d'EPB* |
| Patiente 4 | 2549g 96 ^{ème} perc 33SA et 1 jour | 35cm 40SA | 40SA et 6jours | Césarienne pour stagnation de la dilatation et défaut d'engagement | 4350g 92 ^{ème} perc | A 9/10 PH 7,27 |
| Patiente 5 | 3295g 75 ^{ème} perc 37SA | 34 cm 39SA | 40SA et 2jours | Césarienne pour défaut d'engagement | 4320g 92 ^{ème} perc | A 7/10 PH 7,13 |
| Patiente 6 | 2300g 80 ^{ème} perc 33SA | 33cm 39SA | 41SA et 2 jours | Voie basse Difficulté aux épaules Mac Roberts et pression sus pubienne | 4170g 78 ^{ème} perc | A 10/10 PH 7,25 Pas d'EPB* |
| Patiente 7 | 4430g 99 ^{ème} perc 38SA et 5jours | 36cm 38SA | 40SA | Césarienne pour stagnation de la dilatation | 4550g 97 ^{ème} perc | A 10/10 PH 7,27 |
| Patiente 8 | 1742g 85 ^{ème} perc 31SA et 6 jours | 39cm 39SA | 41SA et 3jours | Césarienne pour stagnation de la dilatation | 4830g 99 ^{ème} perc | A 10/10 Lac 2,2 |

*EPB : élongation du plexus brachial

Parmi ces 8 patientes non diabétiques, 4 ont été césarisées en urgence. Les patientes ont été césarisées pour stagnation de la dilatation ou défaut d'engagement.

Deux des nouveau-nés avaient un poids de naissance de plus de 4500g, une césarienne programmée aurait pu être discutée, notamment pour la patiente 7 chez qui le diagnostic de

macrosomie a été fait en anténatal. La patiente 7 a eu une HGPO normale au 6^{ème} mois, mais l'HGPO n'a pas été contrôlée après la suspicion de macrosomie à l'échographie du 3^{ème} trimestre. Un diagnostic de diabète gestationnel aurait pu changer la conduite à tenir. Chez cette patiente les poids estimatifs des échographies prénatales auraient dû ouvrir la discussion de la voie d'accouchement.

Pour la patiente 8, le diagnostic de macrosomie n'a pas été fait en anténatal, il n'y a donc pas eu de discussion possible autour de la voie d'accouchement. Ce diagnostic aurait pu être suspecté devant une hauteur utérine élevée pour le terme chez une patiente mince : 39cm à 39SA.

Concernant les 2 autres patientes césarisées : la patiente 4 avait à 40SA une hauteur utérine augmentée qui aurait nécessité de contrôler l'échographie. Pour la patiente 5 la hauteur utérine élevée pour le terme aurait pu remettre en cause l'échographie rassurante faite à 37SA.

Pour 3 des 4 patientes ayant accouché voie basse, il y a eu une difficulté aux épaules résolue par la manœuvre de Mac Roberts. Pour la patiente 1, la voie d'accouchement avait été discutée en réunion pluri-professionnelle. Chez cette patiente, malgré le diagnostic de macrosomie, il n'y a pas eu de recherche de diabète gestationnel, ni de contrôle des biométries fœtales à 38SA. Ces éléments auraient étayé la discussion de la voie d'accouchement.

Pour la patiente 2 il n'y a pas eu de dépistage du diabète gestationnel, malgré les facteurs de risque de la patiente. Il n'y a pas eu de mesure des hauteurs utérines, qui, si elles avaient été augmentées, auraient pu entraîner un contrôle des biométries fœtales et de l'HGPO en cas de suspicion de macrosomie. Chez cette patiente il n'y a pas eu de contrôle biométrique à 38SA malgré des biométries au 93^{ème} percentile Audipog à l'échographie du 3^{ème} trimestre. Cette échographie de contrôle aurait pu ouvrir une discussion sur la voie d'accouchement.

Pour la patiente 3, un diabète gestationnel a été recherché mais n'a pas été retrouvé, le poids fœtal estimé en anténatal ne permettait pas d'ouvrir de discussion de la voie d'accouchement, la prise en charge de la patiente a donc été bien menée.

Pour la patiente 6, le parcours clinique de la patiente a bien été conduit. Aucun élément clinique ou paraclinique ne permettait de discuter une césarienne programmée.

Les nouveau-nés étaient bien portants à la naissance.

2.4. Axes d'améliorations

Une fois le recueil de données achevé, l'équipe de la maternité B s'est réunie à l'occasion de l'une de ses réunions hebdomadaires pour discuter des résultats.

Au vu de l'analyse des 10 dossiers, ils ont constaté :

- Qu'il n'y a pas de dépistage du diabète gestationnel pour 6 dossiers (les 6 patientes avaient pourtant des facteurs de risque de diabète gestationnel)
- Pour 2 dossiers il n'y a pas eu de suspicion de macrosomie
- La recherche de diabète en cas de suspicion de macrosomie manque dans 5 dossiers sur 7
- L'échographie de contrôle à 38SA manque pour seulement 2 dossiers sur 7
- Il y a peu de consultation au 9^{ème} mois avec un obstétricien: 4 dossiers sur 7
- Il y a très peu de discussion en réunion pluri-professionnelle: 1 dossier sur 7
- Il n'y a pas de trace de recherche de dystocie des épaules aux précédents accouchements lors de la suspicion de macrosomie.

Après discussion l'équipe a pris pour engagement d'améliorer les points suivants :

- Améliorer le dépistage du diabète gestationnel, pour que toute patiente avec un facteur de risque bénéficie du dépistage.
- Faire un protocole pour la conduite à tenir en cas de suspicion de macrosomie :
 - Faire ou refaire l'HGPO lors d'une suspicion de macrosomie.
 - Rechercher à l'interrogatoire un antécédent de dystocie des épaules aux précédents accouchements.
 - Contrôler l'échographie à 38SA, en cas de suspicion de macrosomie à l'échographie du 3^{ème} trimestre.
 - Discuter de la voie d'accouchement en réunion pluri-professionnelle à l'issue de l'échographie de contrôle à 38SA.
 - Consultation du 9^{ème} mois à faire par un obstétricien pour discuter de la voie d'accouchement avec la patiente.
- Mesurer la hauteur utérine de manière systématique à chaque consultation.
- Le diagnostic de macrosomie étant difficile, il faut prendre en compte la hauteur utérine et refaire des biométries en cas de hauteur utérine excessive. Il faut savoir remettre en cause les résultats de l'échographie.

3. Centre Hospitalier C

3.1. Etude de l'accouchement par le siège sur l'ensemble de la population en 2013 au CH C

Sur les 1609 naissances de l'année 2013, 1597 naissances ont été retenues, puisque 12 dossiers concernaient des mort-nés et des interruptions médicales de grossesse. Cette année-là il y a eu 290 césariennes soit 18% des accouchements. En 2013, il y a eu au centre hospitalier C :

- 17 accouchements voie basse en présentation par le siège
- 15 césariennes en urgence pour siège malgré l'intention voie basse initiale
- 5 césariennes en urgence avant la date de césarienne programmée où la voie basse n'avait pas été retenue.
- 10 césariennes programmées faites le jour prévu: les 10 dossiers sélectionnés
- 3 césariennes programmées, qui ont été exclues de l'étude car même en présentation céphalique, une césarienne prophylactique aurait été faite : utérus bi et tri cicatriciel, fibrome prævia.

Soit 50 naissances par siège, ce qui représente 3,13% des naissances de 2013 à l'hôpital C.

3.2. Adéquation du suivi prénatal avec le parcours pertinence type de la HAS (figure 3)

Le chemin clinique des 10 patientes sélectionnées a été comparé à celui proposé par la HAS.

Tableau 12. Chemin clinique césarienne programmée et siège au CH C

| 10 dossiers Présentation en siège et singleton | Nombre de dossiers : OUI (n/N) |
|---|-----------------------------------|
| Terme du diagnostic de présentation du siège - A l'échographie T3 ? - Autre ? | 9/10 1/10 |
| Une action a-t-elle été proposée et entreprise -VME -Acupuncture -VME+Acupuncture | 5/10 1/10 3/10 |
| Si non, y avait-il une contre-indication à la VME | 2/10 |
| Une évaluation de la confrontation foeto pelvienne (pelvimétrie) a été réalisée avant la décision de la césarienne programmée | 8/10 |
| Une évaluation de la coopération de la patiente a été réalisée avant la décision de la césarienne programmée | 5/10 |
| Les modalités d'accouchement VB versus césarienne ont été discutées avec la patiente | 8/10 |
| L'indication de la césarienne a été posée uniquement sur la présentation en siège | 1/10 |
| L'indication a été posée en raison d'une demande maternelle (refus de voie basse) | 2/10 |
| L'indication de la césarienne a été posée sur la présentation en siège et une autre indication ? | 9/10 |
| Un contrôle de la présentation par échographie a été fait juste avant l'accès au bloc opératoire | 4/10 |

La présentation par le siège a été diagnostiquée en majorité à l'échographie du 3^{ème} trimestre sauf pour un fœtus dont la présentation transverse à l'échographie du 3^{ème} trimestre, a été contrôlée être en siège à 35SA.

Au CH C la version par manœuvre externe est proposée de manière systématique à toutes les patientes sauf en cas de contre-indication. Pour 9 des 10 patientes une action a été proposée et entreprise. Les actions proposées étaient une version par manœuvre externe, de l'acupuncture ou l'association des 2. Ces actions n'ont pas permis de verser les fœtus.

Dans cette série, les séances d'acupuncture étaient faites entre 33SA et 35SA.

Le terme de la version se situe entre 35SA et 3 jours et 36SA et 2 jours.

Une patiente n'a pas eu de proposition de version par manœuvre externe, car son utérus était cloisonné ce qui contre indique la version.

Au total 2 patientes n'ont pas eu de version par manœuvre externe : la première pour contre-indication et la seconde pour refus de la version.

Deux patientes n'ont pas eu de pelvimétrie. Pour la première patiente, le contexte était complexe. Cette patiente avait un antécédent de mort fœtale in utéro (MFIU) à 37SA, et a explicitement formulé une demande de césarienne. Cette patiente a fait une décompensation de type dépressive et anxieuse à l'approche de la date anniversaire de la MFIU. L'état psychique de la patiente était incompatible avec un accouchement voie basse, une pelvimétrie n'aurait pas changé la conduite à tenir.

Le fœtus de la seconde patiente avait un retard de croissance intra utérin, contre indiquant la voie basse. Une pelvimétrie n'aurait pas changé la conduite à tenir.

Les modalités d'accouchement ont été discutées après l'échec de la version par manœuvre externe ou échec de l'acupuncture pour la patiente ayant refusé la version. Cette discussion a eu lieu vers 36SA.

Pour deux des patientes la discussion n'a pas eu lieu car les conditions obstétricales ne permettaient pas d'envisager un accouchement voie basse. Pour la première, le fœtus présentait un retard de croissance intra utérin. Pour la deuxième patiente, une macrosomie du fœtus était suspectée et son bassin était transversalement rétréci.

Seule une des dix patientes a eu une césarienne programmée dont l'unique indication était le siège. Cette patiente avait formulé une demande explicite de césarienne programmée, malgré les conditions locales favorables. Il y a eu au total 2 demandes maternelles de césarienne programmée. La seconde demande était celle de la patiente à l'antécédent de mort fœtale in utéro.

Après étude de ces 10 dossiers, l'équipe du CH C estime que son attitude était conforme aux recommandations de la HAS pour 7 dossiers sur 10. Pour les trois autres dossiers le contexte était trop complexe.

Pour la première patiente une demande maternelle de césarienne programmée avait été formulée, de plus l'état psychique de la patiente ne permettait pas d'envisager un accouchement par voie basse.

Pour le second dossier il n'y a pas eu de contrôle échographique de la présentation avant la césarienne. Une tentative de voie basse avait été acceptée en cas de mise en travail spontanée avant 39SA et 5jours, date de la césarienne programmée. Cette patiente avait une pelvimétrie normale, un utérus cicatriciel, mais les conditions obstétricales étaient défavorables (col fermé).

Pour le troisième dossier, il n'y a pas eu de pelvimétrie, ni d'évaluation de la coopération de la patiente, ni de discussion sur les modalités d'accouchement, chez une patiente primipare dont le fœtus présentait un retard de croissance. Le RCIU a été diagnostiqué à 32SA. Une surveillance échographique a été faite toutes les semaines entre 32et 38SA. L'absence de prise de poids avec des doppler normaux entre 36SA et 38SA, a fait opter pour une naissance à 38SA. Le poids fœtal était estimé à 2065g à 37SA. Tout ceci a fait décider d'une césarienne programmée.

En principe au CH C tous les dossiers de patientes enceintes d'un fœtus en présentation par le siège sont discutés en réunion pluri-professionnelle pour valider la voie d'accouchement. Dans notre série tous les dossiers ont bien été présentés sauf les dossiers 7 et 10.

L'issue des grossesses est résumée dans le tableau 13.

Tableau 13. Césariennes programmées pour présentation par le siège chez le singleton au CH C

| | Age gestationnel lors de la décision de césarienne | Indication de la césarienne | Age gestationnel lors de la césarienne | Présentation Etat de l'enfant : Apgar (A) Lactates(Lac) en mmol/L |
|-------------|--|---|--|---|
| Patiente 1 | 32SA et 3jours | Siège+ utérus cicatriciel+ état psychique incompatible avec VB | 37SA et 2 jours | Siège A 10/10 Lac : 1,9 |
| Patiente 2 | 38SA et 5jours | Siège + bassin pathologique | 39SA et 2 jours | Siège A 10/10 Lac : 3,2 |
| Patiente 3 | 35SA et 6jours | Siège + primiparité+ demande maternelle | 39SA et 1 jours | Siège A 9/10 Lac : 2,0 |
| Patiente 4 | 38SA et 4jours | Siège + macrosomie + bassin transversalement rétréci | 40SA et 1 jours | Siège PdN : 4495g A 10/10 Lac : 3,0 |
| Patiente 5 | 36SA et 6jours | Siège + bassin pathologique | 38SA et 4jours | Siège A 10/10 Lac : 5,6 (Hypotension artérielle maternelle lors pose rachianesthésie) |
| Patiente 6 | 35SA et 6jours | Siège + bassin pathologique + primipare | 38SA et 6jours | Siège A 10/10 Lac : 1,9 |
| Patiente 7 | 38SA | Siège + macrosomie + bassin pathologique | 39SA et 2jours | Siège PdN : 3905g A 10/10 Lac : 1,7 |
| Patiente 8 | 37SA et 2 jours | Siège + utérus cicatriciel+ conditions obstétricales défavorables | 39SA et 5jours | Siège PdN : 2750g A 10/10 Lac : 3,2 |
| Patiente 9 | 36SA et 6jours | Siège + primiparité + RCIU | 38SA et 2 jours | Siège PdN : 2110g A 10/10 Lac : 3,1 |
| Patiente 10 | 39SA et 4jours | Siège et macrosomie | 40SA | Siège PdN : 3990g A 10/10 Lac : 2,2 |

Ces 10 enfants étaient bien en présentation par le siège au moment de l'extraction.

Les 10 césariennes ont eu lieu le jour de la date programmée. Seules 6 césariennes ont eu lieu après 39SA.

L'indication des césariennes n'a pas changé entre le jour de la décision de césarienne, et le jour de la réalisation.

Cinq patientes ont été césarisées pour des mensurations pelviennes considérées comme insuffisantes pour accepter un accouchement par le siège voie basse. Au CH C la pelvimétrie normale est définie par un diamètre promonto-rétro-pubien (PRP) supérieur à 105mm, un diamètre transverse médian (TM) de plus de 125mm et le diamètre biépineux de plus de 100 ou 105mm selon les praticiens. Pour les fœtus de moins de 2800g un diamètre transverse médian entre 120 et 125 mm est accepté. Un bassin pathologique se définit par un diamètre PRP diminué et un diamètre TM diminué. La patiente 7 avait un bassin pathologique avec un TM à 119mm et un PRP à 102mm. Le bassin de la patiente 6 était pathologique avec un TM à 114mm et un PRP à 102mm. Le bassin de la patiente 5 était également pathologique avec un TM à 115mm et un PRP à 101mm. Le bassin de la patiente 4 était lui transversalement rétréci avec un TM à 118mm. La patiente 2 avait un bassin pathologique avec un TM à 116mm et un PRP à 102mm.

Pour 5 césariennes sur 10, l'opérateur n'était pas le médecin ayant posé l'indication de la césarienne. Il y a donc une bonne coopération au sein de l'équipe du CH C.

Les nouveau-nés étaient bien portants à la naissance.

3.3. Axes d'améliorations

A l'issue du travail de recueil de données, à l'occasion d'une réunion de morbidité, l'équipe de la maternité C s'est à nouveau rassemblée pour discuter des résultats, trouver des axes d'amélioration de ses pratiques, avec pour objectif que par la suite les conduites à tenir pour les dossiers de singleton en présentation par le siège soient le plus conformes possibles aux recommandations de la HAS.

Les conclusions de l'équipe sont que la prise en charge des patientes bénéficiant d'une césarienne programmée pour présentation par le siège, est globalement bonne. Les points forts sont : une proposition d'acupuncture et/ou de version par manœuvres externes, faite à la très grande majorité des patientes; la présence d'une trace écrite dans tous les dossiers des propositions de VME, d'acupuncture, et propositions de confrontation foeto-pelvienne. De plus la grande majorité des dossiers ont été discutés en réunion pluri professionnelle. Ces réunions sont parfois l'objet de grands débats, mais les décisions prises sont ensuite appliquées.

Certaines étapes du chemin clinique peuvent être améliorées, notamment la vérification par échographie de la présentation avant l'entrée au bloc opératoire, qui n'est pas faite systématiquement. De même la traçabilité des informations données aux patientes peut être améliorée. En effet, il n'y a pas de trace écrite des explications données sur les bénéfices et les risques de la césarienne par rapport à l'accouchement par voie basse. Il n'y a pas non plus de trace écrite de l'information délivrée à la patiente sur les risques de la césarienne programmée.

Après discussion, l'équipe a pris pour résolution de :

- Contrôler systématiquement la présentation fœtale à l'entrée au bloc opératoire.
- Améliorer la traçabilité des explications données aux patientes sur la balance bénéfices / risques de la césarienne versus un accouchement par voie basse.
- Améliorer la traçabilité de l'information donnée aux patientes sur les risques de la césarienne programmée.

4. Centre Hospitalier D

Deux groupes de patientes ont été constitués : Le groupe « césarienne » (CE) constitué de 5 patientes césarisées soit de manière programmée soit en urgence et le groupe « voie basse » (VB) constitué de 5 patientes ayant accouché voie basse.

Dans le groupe CE, les 5 patientes étaient soit enceintes d'un enfant macrosome, soit d'un singleton en présentation par le siège, soit porteuses d'un utérus bicatriciel. Ces 5 patientes à risque de césarienne ont dû en être informées.

Une des 5 patientes a eu un entretien prénatal, pour les 4 autres l'information n'était pas disponible dans le dossier.

Dans le groupe VB, les 5 patientes étaient soit enceintes d'une grossesse gémellaire, soit d'un singleton en présentation par le siège. Ces 5 patientes étaient à risque de césarienne, et ont dû avoir une information sur la césarienne.

Deux de ces 5 patientes n'ont pas eu d'entretien prénatal. Pour les 3 autres patientes, l'information n'est pas disponible dans le dossier.

4.1. La 1^{ère} consultation

La première consultation est résumée dans le tableau 14.

Tableau 14. La 1^{ère} consultation

| | | CE Oui (n/N) | VB Oui (n/N) |
|-----------------|--|--------------------------|--------------------------|
| Anamnèse | -Maladies chroniques (HTA diabète, autres) -Cicatrice corporelle -Accouchements antérieurs -Représentations de la femme enceinte sur les modes d'accouchement | 5/5 5/5 5/5 0/5 | 5/5 5/5 5/5 0/5 |
| Examen clinique | Poids et Taille | 5/5 | 5/5 |
| Information | -Participation du père ou de l'entourage à la naissance -Accompagnement de la décision du mode d'accouchement par une réflexion sur la balance bénéfices/risques | 0/5 0/5 | 0/5 0/5 |

- Groupe césarienne:

La première consultation au CH D a été faite par une sage-femme pour 4 de ces patientes, et par un médecin sénior pour la cinquième patiente. Quatre de ces 5 patientes ont eu un suivi initial par un médecin de ville. La 5^{ème} patiente a été suivie dès le début de sa grossesse au CH D pour un diabète gestationnel.

- Groupe voie basse:

La première consultation a été faite par un médecin sénior pour 4 des 5 patientes. L'une de ces 4 patientes a eu initialement un suivi en ville jusqu'à 30SA. Pour la 5^{ème} patiente la consultation a été faite par une sage-femme.

Dans le groupe CE comme dans le groupe VB, le thème de l'accouchement n'est pas abordé lors de la première consultation, ou bien il n'existe pas de trace écrite de l'échange.

4.2. Les consultations intermédiaires

Les consultations intermédiaires sont résumées dans le tableau 15.

Tableau 15. Les consultations intermédiaires au CH D

| | Facteurs influençant la balance bénéfique/risque | CE Oui (n/N) | VB Oui (n/N) |
|----------|---|-----------------|-----------------|
| Anamnèse | - Risques obstétricaux et périnataux expliqués | 4/5 | 5/5 |
| | - Possibilités de tentative de voie basse abordée | 3/5 | 5/5 |
| | - ATCD d'accouchement voie basse | 5/5 | 5/5 |
| | - Souhait du père de participer à la naissance | 0/5 | 1/5 |
| | - Peur de la voie basse | 1/5 | 0/5 |

- Groupe césarienne:

L'information a été délivrée par une sage-femme pour 2 des patientes, les autres patientes ont été informées par un médecin sénior.

Seule une patiente a exprimé sa peur de la voie basse et de la rupture utérine.

- Groupe voie basse:

L'information a été délivrée par un médecin sénior pour ces 5 patientes.

Seul un mari a exprimé son souhait de participer à l'accouchement au travers du projet de naissance.

Dans le groupe CE comme dans le groupe VB, les facteurs influençant la balance bénéfique/risque sont bien recherchés à l'interrogatoire, mais les souhaits du père ainsi que les craintes de la mère, qui peuvent eux aussi influencer la balance bénéfique/risque, ne sont pas recherchés ou ne sont pas retranscrits dans le dossier.

4.3. Les consultations du 7, 8, 9^{ème} mois

Les consultations du 3^{ème} trimestre sont résumées dans le tableau 16.

Tableau 16. Les consultations du 7, 8, 9^{ème} mois au CH D

| | | CE Oui (n/N) | VB Oui (n/N) |
|---|---|-------------------------|-------------------------|
| Anamnèse | <ul style="list-style-type: none"> - Pathologie fœtale, notamment macrosomie - Pathologie maternelle notamment diabète - Présentation fœtale, position du placenta | 5/5 5/5 5/5 | 5/5 5/5 5/5 |
| Information sur le mode d'accouchement | | CE Oui (n/N) | VB Oui (n/N) |
| Une information a été délivrée auprès de la femme avec l'indication, le rapport bénéfice/risques et les conditions de réalisation | | 4/5 | 5/5 |
| Une information a été délivrée sur les modifications possibles du mode d'accouchement en fonction de l'existence de nouveaux évènements | | 3/5 | 5/5 |
| Trace écrite du choix de la voie d'accouchement : | | 5/5 | 5/5 |
| <ul style="list-style-type: none"> - Dans le compte rendu d'une consultation - Dans le compte rendu d'une réunion de service - Sur la page de garde du dossier | | 3/5 2/5 3/5 | 3/5 1/5 5/5 |
| Information sur les conséquences de l'accouchement | | CE Oui (n/N) | VB Oui (n/N) |
| Une information a été délivrée sur les risques de complications pour les grossesses futures (placenta prævia/ accreta) en cas de césarienne | | 1/5 | 0/5 |
| Une information a été délivrée sur l'augmentation des accidents thromboemboliques veineux en cas de césarienne | | 1/5 | 0/5 |

Les 10 patientes ont été informées par un médecin sénior.

Les informations pouvant influencer sur la décision de la voie d'accouchement sont bien recherchées lors de l'interrogatoire. Les patientes sont bien informées sur le mode d'accouchement mais il manque parfois une trace écrite de cette information. Par contre il n'y a pas eu d'information sur les conséquences à long terme des césariennes, alors que 3 patientes ont eu une césarienne programmée. Seule une patiente qui refusait la voie basse a été informée des conséquences à long terme de la césarienne.

4.4. Information selon les pathologies

4.4.1. Le siège

L'information délivrée aux patientes avec un fœtus en présentation par le siège est résumée dans le tableau 17.

Tableau 17. Information délivrée aux patientes avec singleton en présentation par le siège au CH D

| Dossiers de patiente avec une présentation par le siège et singleton | CE Oui (n/N) | VB Oui (n/N) |
|--|-----------------|-----------------|
| Terme du diagnostic de présentation du siège | | |
| - A l'échographie T3 ? | 1/2 | 3/3 |
| - Autre ? | 1/2 | 0/3 |
| Les modalités d'accouchement VB versus césarienne ont été discutées avec la patiente | 2/2 | 3/3 |
| A quel moment ? L'échographie du 3 ^{ème} trimestre ? | 0 | 1 |
| Lors de la version par manœuvre externe ? | 0 | 0 |
| En consultation ? | 2 | 2 |

- Groupe césarienne:

Dans le groupe CE, deux patientes avaient un fœtus en présentation par le siège. Les deux patientes ont bien été informées sur les modalités d'accouchement d'un singleton en présentation par le siège. Pour l'une, l'information s'est faite en consultation après échec de la VME. Pour la seconde patiente, le diagnostic de présentation par le siège n'a été fait que lors de l'entrée en travail. La patiente a donc eu les informations sur les modalités d'accouchement lors de sa consultation pour début du travail.

- Groupe voie basse:

Dans le groupe VB, trois patientes avaient un fœtus en présentation par le siège. L'information sur les modalités d'accouchement d'un fœtus en présentation par le siège a bien été délivrée aux 3 patientes. Pour l'une, l'information a été délivrée dès l'échographie

du 3^{ème} trimestre du fait d'une contre-indication à la VME. Pour les 2 autres patientes, l'information a été faite en consultation après échec de la VME.

4.4.2. Les grossesses gémellaires

Au CH D, seuls deux des 10 dossiers étudiés concernaient des patientes avec une grossesse gémellaire, l'une monochoriale biamniotique, et la seconde bichoriale biamniotique.

Les 2 patientes ont été correctement informées des modalités d'accouchement des grossesses gémellaires. La première patiente a été informée dès 31SA, la seconde a été informée à 35SA.

4.4.3. L'utérus bicatriciel

L'information délivrée aux patientes ayant un utérus bicatriciel est résumée dans le tableau 18.

Tableau 18. Information délivrée aux patientes ayant un utérus bicatriciel au CH D

| Dossiers d'utérus bicatriciel | CE Oui (n/N) |
|---|-----------------|
| Les comptes rendus des césariennes et autres interventions antérieures sur l'utérus sont présents dans le dossier | 2/2 |
| Le choix a été discuté entre voie basse et césarienne programmée | 2/2 |
| Le risque de rupture utérine a été expliqué | 1/2 |

Deux patientes du groupe CE avaient un utérus bicatriciel. Pour ces 2 patientes, les comptes rendus de césarienne ont bien été récupérés, mais l'information du terme auquel ils ont été récupérés n'est pas disponible dans le dossier.

La voie d'accouchement a été discutée pour les 2 patientes en consultation à 37SA.

Le risque de rupture utérine a été expliqué à l'une des patientes mais il n'y a pas de trace de cette information dans le dossier de la seconde patiente.

4.4.4. La macrosomie

L'information délivrée aux patientes ayant un utérus bicatriciel est résumée dans le tableau 19.

Tableau 19. Information délivrée aux patientes avec une suspicion de macrosomie au CH D

| Dossiers de macrosomie | CE Oui (n/N) |
|---|-----------------|
| Information sur les risques de l'accouchement d'un macrosome | 0/2 |
| Les modalités d'accouchement VB versus césarienne ont été discutées avec la patiente | 0/2 |
| Discussion en réunion pluri-professionnelle de l'indication d'une césarienne lors d'une suspicion de macrosomie | 2/2 |

Pour deux patientes du groupe CE, il y avait une suspicion de macrosomie. Ces 2 patientes avaient un diabète gestationnel. Dans les dossiers, il n'y a pas de trace écrite d'information sur les risques de l'accouchement voie basse d'un enfant macrosome, pas de trace écrite d'une discussion de la voie d'accouchement avec la patiente. La voie d'accouchement a bien été discutée en réunion pluri-professionnelle pour ces 2 dossiers.

4.5. L'accouchement

L'issue des 10 grossesses suivies au CH D est résumée dans le tableau 20.

Tableau 20. Issue de l'accouchement des 10 patientes du CH D

| | Age gestationnel lors de la décision de voie d'accouchement | Modalités d'accouchement Césarienne programmée CP Césarienne en urgence CU Voie basse VB | Age gestationnel à la naissance | Etat de l'enfant : Apgar (A) PH |
|------------|---|---|---------------------------------|--|
| Patiente 1 | 37SA et 2jours | CP : Utérus bicatriciel | 39SA | A 10/10 PH 7,25 |
| Patiente 2 | 40SA et 3 jours | CU : Siège et bradycardie à dilatation complète | 40SA et 3 jours | Siège A 10/10 PH 6.93 |
| Patiente 3 | 38SA et 3jours | CU : Siège et refus maternel de la VB | 38SA et 3 jours | Siège A 10/10 (PH impossible) |
| Patiente 4 | 38SA et 1jours | CP : macrosomie + diabète gestationnel | 40SA et 3jours | PdN : 4320g A 8/10 PH 7,37 |
| Patiente 5 | 40SA | CP : Macrosomie+ diabète gestationnel+ utérus cicatriciel | 40SA et 5 jours | PdN : 4360g A 8/10 PH 7,26 |
| Patiente a | 37SA et 6jours | VB : Siège | 41SA et 5 jours | A 10/10 PH 7,07 |
| Patiente b | 38SA et 1jour | VB : Siège | 39SA et 2 jours | A 5/10 PH 7,20 |
| Patiente c | 37SA et 4jours | VB : Siège | 39SA et 1 jours | A 10/10 PH 7,06 |
| Patiente d | 36SA | VB : Grossesse gémellaire | 37SA et 5jours | J1 : A 10/10 PH : 7,23 J2 : A10/10 PH: 7,21 |
| Patiente e | 35SA | VB : Grossesse gémellaire | 38SA et 1jour | J1 : A 7/9 Lac : 3,6 J2 : A 8/10 Lac : 2,9 |

Les patientes 1, 4 et 5 ont eu une césarienne programmée, les enfants étaient bien portants à la naissance. Les césariennes ont bien été programmées après 39SA.

Les patientes 2 et 3 ont été césarisées en urgence. L'enfant de la patiente 2 est né en hypoxie avec un PH à 6,93.

Les patientes d et e avec une grossesse gémellaire ont bien accouché voie basse donnant naissance à des enfants en bon état néonatal.

Les patientes a, b et c avec un fœtus en présentation par le siège ont bien accouché voie basse. Pour la patiente b, il y a eu une rétention tête dernière résolue par des forceps de Suzor. L'enfant est aujourd'hui en bon état général. Ces 3 enfants nés en présentation par le siège avaient un PH inférieur ou égal à 7,20 à la naissance, donc hypoxiques. Ces enfants sont aujourd'hui bien portants.

4.6. Axes d'amélioration

A l'aide de ces premiers résultats, l'équipe de la maternité D a pu faire le bilan de la qualité de l'information délivrée aux patientes et de la trace écrite de cette information dans les dossiers, l'objectif étant d'améliorer l'information, pour que les patientes soient préparées à la décision d'accouchement qui sera prise, et puissent comprendre et accepter cette décision.

Après analyse des résultats, l'information délivrée par la maternité D à ses patientes est globalement bonne, mais faite tardivement.

Dans les 2 groupes voie basse et césarienne, lors de la première consultation, le recueil de l'anamnèse et l'examen clinique sont bien menés, mais il n'y a pas d'information de la patiente et de son entourage sur les modes d'accouchement. La check-list n'est souvent pas remplie, seules 3 check-lists sur 10 ont été remplies. Cette liste recherche notamment si il y a eu un entretien prénatal et si il y a un projet de naissance, ce qui permet d'aborder avec le couple le thème de l'accouchement, ses peurs, ses craintes, ses représentations et ses premiers souhaits pour l'accouchement.

De même, lors des consultations intermédiaires dans les 2 groupes, les risques d'un accouchement voie basse sont bien identifiés, mais les souhaits du père ou de l'entourage de participer à la naissance ne sont pas recherchés, et les peurs de la voie d'accouchement ne sont pas non plus recherchées.

Lors des consultations de fin de grossesse avec un obstétricien, les risques d'accouchement par césarienne sont bien recherchés et identifiés. L'information des patientes sur le mode d'accouchement est globalement bonne, mais dans le groupe « césarienne » toutes les patientes n'ont pas été informées des modifications possibles de la voie d'accouchement en fonction des nouveaux éléments. L'information sur les conséquences de l'accouchement n'est pas faite, ou bien il n'y a pas de trace écrite de cette information dans le dossier.

L'information écrite de la voie d'accouchement se trouve à différents endroits du dossier : sur la page de garde, sur la page de la consultation le jour où la patiente a été informée, et enfin dans les dernières pages du dossier, une page est consacrée à la voie d'accouchement. La décision sur la voie d'accouchement est bien retranscrite dans les dossiers. Les praticiens du CH D doivent porter leurs efforts sur la retranscription des informations données à la patiente et les modalités de décision sur la page prévue à cet effet.

Dans les sous-groupes de patientes avec un fœtus en présentation par le siège, dans le sous-groupe de grossesses gémellaires et dans le sous-groupe utérus cicatriciel, l'information sur les modalités d'accouchement est bonne. Pour les patientes ayant un utérus cicatriciel ou une grossesse gémellaire, le risque de césarienne est connu dès le début de grossesse. Pour ces patientes la discussion autour de la voie d'accouchement peut donc commencer tôt dans la grossesse, contrairement à d'autres situations à risque de césarienne qui apparaissent plus tardivement. Dans le sous-groupe de patientes avec un fœtus macrosome, les modalités d'accouchement sont bien discutées en réunion pluri-professionnelle, mais il n'y a pas de trace écrite de l'information et de la discussion avec la patiente.

Au total l'information délivrée aux patientes au CH D est :

- Pas assez précoce
- Plus exhaustive dans le groupe de patientes qui accouchent voie basse que dans le groupe césarienne
- Incomplète, par manque d'information sur les conséquences de l'accouchement et les possibilités de changement de voie d'accouchement.

Au vu de ces résultats, pour améliorer l'information des patientes, l'équipe médicale devra :

- Remplir systématiquement la check-list du dossier.
- Informer le plus tôt possible les patientes sur les différentes voies d'accouchement, et mettre systématiquement une trace écrite de l'information dans le dossier.
- Informer les patientes des conséquences de l'accouchement et mettre systématiquement une trace écrite dans le dossier à la page prévue à cet effet.

V] Discussion

1. Le taux de césarienne

Les taux de césarienne des 4 établissements hospitaliers sont en dessous de la moyenne nationale. L'établissement D est un établissement de niveau 3 et prend en charge d'avantage de pathologies. Malgré cela, son taux de césarienne (14,46% en 2012) est peu élevé et bien inférieur au taux national (21% en 2010 (1)).

L'établissement C a un taux de césarienne supérieur au taux des 3 autres établissements. En tant qu'établissement de niveau 2b, cette maternité prend en charge plus de pathologies que les établissements A et B, ce qui explique le taux de césarienne plus élevé. De plus, pour l'établissement C, les 10 dossiers analysés sont bien des dossiers de césariennes programmées justifiées.

Dans ces 4 établissements aucune césarienne non justifiée n'a été faite.

2. Capacité d'améliorations

Concernant l'établissement A, aucune césarienne non justifiée n'a été faite dans les 5 dossiers de césarienne programmée analysés. Dans les 5 dossiers d'accouchement voie basse, des césariennes programmées auraient pu être discutées si le diagnostic de macrosomie avait été fait en anténatal. Pour la maternité A, le travail d'amélioration doit surtout porter sur le diagnostic de la macrosomie, même si ce diagnostic est difficile.

A la maternité B, aucune césarienne non justifiée n'a été faite. A l'inverse, selon les recommandations de la HAS (11), une césarienne programmée aurait dû être discutée pour un dossier, au vu du poids estimé par les échographies prénatales. Dans cette maternité l'équipe a décidé d'améliorer le dépistage du diabète gestationnel chez les patientes avec des facteurs de risques et chez les patientes chez qui une macrosomie est suspectée. De plus l'équipe a décidé d'améliorer le dépistage de la macrosomie, pour pouvoir améliorer les décisions de voie d'accouchement en cas de macrosomie.

La maternité C suit globalement bien les recommandations de la HAS sur la césarienne programmée et présentation par le siège (11). L'amélioration de ce centre doit porter sur le contrôle de la présentation avant la césarienne, afin de ne pas faire une césarienne non justifiée sur un fœtus en présentation céphalique. L'amélioration doit également porter sur une meilleure traçabilité de l'information délivrée aux patientes.

A la maternité D, il y a globalement une bonne information des patientes sur la voie d'accouchement. Cette information est délivrée au 3^{ème} trimestre de la grossesse. Il n'y a pas de trace de cette information en début de grossesse. Or, dans certaines indications, une patiente pour laquelle les échanges sur le déroulement de l'accouchement et les risques de

césarienne sont entrepris dès le début de sa grossesse, acceptera mieux les décisions qui seront prises par l'équipe.

Contrairement à l'information sur la voie d'accouchement, l'information sur les risques de l'accouchement n'est pas faite, et doit être améliorée.

L'équipe de la maternité D doit surtout porter ses efforts sur la traçabilité des échanges et de l'information délivrée aux patientes.

Cette démarche menée dans le cadre du programme d'optimisation de la pertinence des césariennes programmées à terme a eu manifestement pour bénéfice d'améliorer certains aspects du dépistage prénatal. En effet cette étude aboutit à se poser des questions sur d'autres problèmes plus fréquemment rencontrés en consultations prénatales.

2.1. Le dépistage du diabète gestationnel

Les recommandations du CNGOF de décembre 2010 sur le diabète gestationnel (44) préconisent, en cas de facteurs de risque, un dépistage du diabète gestationnel au 1^{er} trimestre de la grossesse et au 6^{ème} mois entre 24 et 28SA.

Les facteurs de risque du diabète gestationnel sont : un âge maternel supérieur ou égal à 35 ans, un IMC supérieur ou égal à 25 kg/m², des antécédents de diabète chez les apparentés au 1^{er} degré, un antécédent personnel de diabète gestationnel ou d'enfant macrosome.

Dans les maternités A et B le dépistage du diabète gestationnel n'est pas toujours fait malgré l'existence de facteurs de risque chez les patientes. L'analyse du parcours pertinence césarienne programmée et macrosomie dans les maternités A et B soulève donc le problème du dépistage du diabète gestationnel.

Le dépistage d'un diabète gestationnel aurait pu changer la conduite à tenir dans plusieurs dossiers de la maternité A et de la maternité B. En effet les seuils d'estimation de poids pour décider d'une césarienne programmée ne sont pas les mêmes si la patiente a ou non un diabète gestationnel (11). C'est pourquoi comme le stipulent les recommandations du CNGOF de décembre 2010 (44), il est important de rechercher un diabète gestationnel en cas de suspicion de macrosomie fœtale, ceci même si le dépistage du 1^{er} trimestre et du 6^{ème} mois étaient négatifs.

Le dépistage du diabète gestationnel permet entre autre par la mise en place d'un traitement adapté de prévenir la survenue d'un certain nombre de macrosomies (45).

2.2. La mesure de la hauteur utérine

La mesure de la hauteur utérine fait partie de l'examen clinique d'une femme enceinte. En effet cette mesure permet le dépistage du retard de croissance intra utérin si la hauteur utérine est trop petite pour le terme, ou au contraire elle permet de suspecter une macrosomie si elle trop élevée pour le terme.

Une patiente suivie à la maternité B n'a pas eu de mesure de la hauteur utérine de toute sa grossesse. Pour cette patiente il n'y a pas eu de conséquences, la macrosomie a été suspectée et la patiente a eu une césarienne programmée. Parfois la hauteur utérine permet de rattraper des diagnostics de macrosomie non faits. Par exemple lorsque l'échographie du 3^{ème} trimestre ne suspecte pas de macrosomie, mais que lors des consultations suivantes la hauteur utérine est augmentée pour le terme, l'estimation du poids fœtal sera contrôlée et pourra confirmer ou non la suspicion de macrosomie. La mesure de la hauteur utérine est un complément clinique indispensable, elle peut remettre en question l'estimation de poids de l'échographie.

Le diagnostic clinique de la macrosomie s'appuie sur la mesure de la hauteur utérine. Cet examen est sujet néanmoins à des facteurs d'erreur de l'estimation du poids fœtal représentés par l'obésité, les variations de la quantité du liquide amniotique et l'expérience du clinicien (46, 47). Pour El Hadi *et al.* (48) la mesure de la hauteur utérine dans la prédiction du poids de naissance a une sensibilité de 49 %, une spécificité de 90 % et une valeur prédictive positive de 23 % pour des chiffres de hauteur utérine supérieurs à 35 cm.

2.3. L'échographie obstétricale

Au cours d'une grossesse simple de déroulement physiologique, 3 échographies de dépistage sont recommandées au 1^{er}, 2^{ème} et 3^{ème} trimestre de la grossesse (49). Ces échographies vont dépister des pathologies de la grossesse à risque de césarienne.

L'échographie du 1^{er} trimestre permet de savoir si la grossesse est une grossesse simple ou multiple, de dater celle-ci. Cette échographie fait partie du dépistage combiné de la trisomie 21, s'il est souhaité. Les grossesses multiples sont donc connues dès cette première échographie, ce qui permet d'organiser un suivi adapté de ces grossesses à risques. Le risque augmenté de césarienne est connu dès cette échographie et pourra donc être discuté très tôt dans la grossesse avec la patiente.

Les échographies du 2^{ème} et 3^{ème} trimestre permettent d'estimer le poids fœtal et de dépister les retards de croissance intra utérins, ainsi que les macrosomies. Le dépistage de pathologies doit déclencher une surveillance particulière. En cas de macrosomie, il faudra rechercher un diabète gestationnel en l'absence de diabète connu chez la patiente. De plus l'échographie devra être contrôlée à 38SA (figure 1). Cette échographie de contrôle permet de confirmer cette suspicion de macrosomie et d'estimer le poids de naissance de l'enfant à naître. Cette échographie de contrôle va entrer dans la décision de la voie d'accouchement. Une césarienne sera programmée en cas d'enfant estimé à plus de 5kg à la naissance chez une patiente non diabétique, chez une patiente diabétique la césarienne sera programmée pour un enfant estimé à plus de 4kg500 à la naissance (figure 1)(11). L'échographie en tant qu'outil de dépistage et de diagnostic anténatal est au cœur de la décision de césarienne programmée.

A chaque échographie la présentation du fœtus est contrôlée. Une présentation en siège à l'échographie du 3^{ème} trimestre déclenche une prise en charge spécifique (figure 3)(11). En l'absence de contre-indication, il est recommandé de proposer une version par manœuvre

externe à toutes les patientes. En cas d'échec de version, la voie d'accouchement est discutée en fonction des biométries fœtales et de la pelvimétrie. En cas de césarienne programmée la présentation doit être contrôlée par échographie juste avant l'accès au bloc opératoire (figure 3)(11). A la maternité C cette vérification n'est pas faite systématiquement. Le risque est de faire une césarienne sur un fœtus en présentation céphalique. Dans les dossiers de la maternité C il n'y a pas eu de conséquence de cet oubli. L'équipe du CH C a décidé de systématiser le contrôle échographique de la présentation avant toute césarienne programmée pour siège pour prévenir ce type d'incident.

Les échographies obstétricales peuvent dépister d'autres pathologies indicatrices de césariennes programmées, comme un placenta prævia, un placenta accreta ou encore certaines malformations fœtales ou fœtopathies.

Les échographies obstétricales permettent donc le diagnostic de pathologies à risque de césarienne programmée.

2.4. L'information des patientes

L'information des patientes doit être faite le plus précocement possible. Certaines situations obstétricales à risque de césarienne sont dépistées tôt dans la grossesse, comme les grossesses multiples, les patientes porteuses d'un utérus cicatriciel. La discussion de la voie d'accouchement peut donc être ouverte dès le début de la grossesse. L'information pourra ainsi être délivrée de manière progressive et en plusieurs fois. Elle peut être régulièrement réactualisée et peut être réitérée chaque fois que cela est nécessaire.

D'autres facteurs de risque de césarienne programmée ne peuvent se diagnostiquer et se confirmer qu'en fin de grossesse, comme la présentation par le siège, la macrosomie fœtale. L'information de la patiente sera alors plus tardive dans la grossesse.

Plus la discussion aura lieu tôt dans la grossesse plus la patiente se sentira accompagnée dans la décision de la voie d'accouchement et plus ses craintes et représentations de l'accouchement seront prises en comptes.

Il est important d'informer les patientes sur les changements possibles de la voie d'accouchement, sur les risques de l'accouchement, et sur les conséquences de l'accouchement. L'étude à la maternité D montre que l'information sur les modalités d'accouchement est souvent bien faite, mais il manque souvent une information sur les conséquences de l'accouchement.

Une étude multicentrique randomisée australienne (50) auprès de femmes avec un antécédent de césarienne montre que l'utilisation d'un outil d'aide à la décision du mode d'accouchement adaptée au cas individuel est efficace sur la qualité de l'information (augmentation des connaissances de la patiente sur la balance bénéfice/risque des différentes voies d'accouchement et diminution du score de conflit décisionnel), même si la décision finale est peu modifiée. Une autre étude britannique (51) 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 (52) 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.

L'information orale est la meilleure forme d'information qu'il soit (49, 53). La patiente doit être vue en consultation par un obstétricien au 9^{ème} de grossesse, pour recevoir cette information. Il est préférable que ces renseignements soient délivrés à la patiente en dehors de toute situation d'urgence, pour que la patiente puisse les assimiler et les accepter.

Si un document écrit existe il doit être remis à la patiente pour qu'elle puisse s'y reporter et en discuter avec toute personne de son choix (53).

2.5. Traçabilité de l'information

Toutes les informations données, tous les échanges entre la patiente et son obstétricien doivent être systématiquement reportés par écrit et détaillés dans le dossier de la patiente (53). Le dossier doit comporter la trace écrite des informations qui ont été délivrées à la personne, par qui et à quelle date, ainsi que les difficultés éventuellement rencontrées dans leur délivrance.

Cette traçabilité suffira à servir de moyen de preuve en cas de litige, il n'y a pas lieu de demander à la personne une confirmation signée de la délivrance de l'information reçue (53).

L'étude réalisée à la maternité D montre que si l'information est correctement délivrée par oral aux patientes, il est difficile de retranscrire ces échanges par écrit dans le dossier des patientes, mais tous les praticiens doivent s'y astreindre.

2.6. Discussion pluri-professionnelle

Tout dossier où la patiente présente un risque de césarienne doit être discuté en réunion pluri-professionnelle. La décision de la voie d'accouchement doit être une décision collégiale prise par l'équipe. Cette décision doit être inscrite dans le dossier de la patiente, de manière à ce que la décision prise soit appliquée si la patiente se présente en début de travail à la maternité. Ainsi les dossiers des patientes dont le fœtus est macrosome, les dossiers de patientes avec un utérus cicatriciel, les dossiers des patientes avec une grossesse multiple, les dossiers des patientes dont le fœtus se présente par le siège doivent être discutés en réunion pluri-professionnelle (54).

Dans les maternités A, C et D les dossiers des patientes à risque de césarienne sont systématiquement présentés et discutés en réunion pluri-professionnelle. L'équipe de la maternité B doit porter ses efforts sur ce point, et d'avantage discuter des dossiers en réunion entre professionnels.

Une trace écrite de ces discussions doit être laissée dans le dossier des patientes. Ces informations doivent pouvoir être trouvées facilement et rapidement dans le dossier des patientes. Elles seront préférentiellement retranscrites sur la page de garde du dossier médicale et sur la page prévue à cet effet à la fin du dossier. En cas d'urgence, le praticien de garde pourra rapidement s'y référer.

En plus de la traçabilité de l'information, le praticien en charge de la patiente devra retransmettre les conclusions de la discussion à la patiente et lui en expliquer les conséquences. Une trace écrite de cet échange devra figurer dans le dossier également.

3. Programme d'amélioration des pratiques professionnelles

Notre étude remplit les critères d'un programme d'amélioration des pratiques professionnelles. Elle remplit les critères de la HAS (55) :

1. Le thème de la césarienne programmée a été choisi pour mettre en œuvre les nouvelles recommandations de la HAS sur la césarienne programmée (11).
2. L'analyse des pratiques a été réalisée par un groupe de professionnels représentatifs des équipes médicales des maternités A, B, C et D. La description des pratiques réelles a été établie au moyen de l'étude de 10 cas cliniques dans chaque centre. Les pratiques optimales ont été définies sur la base des recommandations françaises de la HAS (11).
3. Notre analyse a permis la comparaison des pratiques réelles aux pratiques optimales, et l'identification des principaux éléments d'amélioration et d'évaluation des pratiques sur lesquels devront s'appuyer les programmes d'améliorations dans chaque maternité. L'analyse des différentes étapes de la prise en charge a permis d'identifier les éléments bien maîtrisés et ceux à améliorer.
4. Les éléments de la prise en charge à améliorer ont été analysés en détail.

Cette étude a permis l'appropriation et la mise en œuvre des bonnes pratiques par les professionnels.

Notre étude pourra peut-être valider un développement professionnel continu (DPC) de type analyse d'un parcours de soin, pour chacune des 4 maternités inscrites dans l'étude (56).

4. Les forces et limites de l'étude

4.1. Les forces de l'étude

Cette étude s'intègre dans une volonté nationale d'amélioration des pratiques professionnelles en termes de césarienne programmée.

Quatre maternités de types différents ont été incluses, tous les types de maternité sont représentés, tous les types de soins aussi.

Trois thèmes différents de césarienne programmée ont été traités, nous avons donc pu travailler sur le thème de la césarienne programmée et macrosomie, sur le thème de la césarienne programmée et présentation par le siège, ainsi que sur la césarienne programmée et information.

Les professionnels de santé qui ont pris part à l'étude étaient volontaires, motivés et impliqués dans la prise en charge des patientes et dans les décisions.

4.2. Les limites de l'étude

L'étude a été faite de manière rétrospective pouvant entraîner un biais d'information par données manquantes dans les dossiers. Certaines informations ont pu être expliquées aux patientes sans qu'il y ait de trace écrite. Certaines données comme les comptes rendus de césariennes antérieures ont été récupérées et placées dans les dossiers, mais la date du recueil de ces informations ne peut pas être retrouvée.

Notre étude a été faite sur de petits échantillons de patientes, et n'est peut-être pas représentative des pratiques professionnelles des 4 maternités étudiées. Il faudra par la suite, lors de la mise en place des actions d'améliorations, ajuster ces actions aux réalités du terrain.

VI] CONCLUSION

En conclusion cette évaluation des pratiques professionnelles s'appuie sur la recommandation pour la pratique clinique « indications de la césarienne programmée à terme » (11) et sur un programme d'amélioration des pratiques (37) dont l'objectif est l'intégration de ces recommandations par les professionnels sur le terrain. Elle a été menée dans 4 maternités de la région Poitou-Charentes et montre que la prise en charge des patientes en matière de césarienne programmée est globalement bonne, mais perfectible.

Les principaux points de perfectionnements retrouvés sont le dépistage du diabète gestationnel, la prise en compte de la hauteur utérine pour le diagnostic de macrosomie, le contrôle de la présentation avant une césarienne pour présentation par le siège, l'information des patientes sur les conséquences et risques de l'accouchement à court et long terme, ainsi que la traçabilité de tous les échanges et informations donnés aux patientes.

Les 4 équipes médicales ont maintenant à leur disposition des éléments sur lesquels travailler pour perfectionner leurs pratiques de la césarienne programmée. Il sera intéressant dans un an de refaire l'état des lieux des pratiques dans ces 4 établissements, afin d'apprécier les améliorations apportées au quotidien et l'application des différents points de perfectionnement.

CONDUITE À TENIR POUR L'ACCOUCHEMENT

CONFRONTATION CÉPHALOPELVIENNE

CONCLUSION

Accouchement voie basse
épreuve du travail pour
déclenchement artificiel pour
césarienne prophylactique pour

BIBLIOGRAPHIE

1. Blondel B, Lelong N, Kermarrec M, Goffinet F. La Coordination nationale des Enquêtes Nationales Périnatales. La santé périnatale en France métropolitaine de 1995 à 2010. Résultats des enquêtes nationales périnatales. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2012; 41: 151-66.
2. Direction de la recherche et des études de l'évaluation et des statistiques. Baubeau D BG. La pratique des césariennes: évolution et variabilité entre 1998 et 2001. *Etudes et Résultats* 2003; 275.
3. Langer B, Schlaeder G. Que penser du taux de césarienne en France? *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1998; 27: 62-70.
4. Bouvier-Colle MH, Varnoux N, Costes P, Hatton F. Mortalité maternelle en France. Fréquence et raisons de sa sous-estimation dans la statistique des causes médicales de décès. Groupe d'Experts sur la Mortalité Maternelle. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1991; 20: 885-91.
5. Rozenberg P. L'élévation du taux de césariennes: un progrès nécessaire de l'obstétrique moderne. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2004; 33: 279-89.
6. Deneux-Tharaux C, Carmona E, Bouvier-Colle MH, Breart G. Postpartum maternal mortality and cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 2006; 108: 541-8.
7. Liu S, Liston RM, Joseph KS, Heaman M, Sauve R, Kramer MS. Maternal mortality and severe morbidity associated with low-risk planned cesarean delivery versus planned vaginal delivery at term. *Cmaj* 2007; 176: 455-60.
8. Silver RM, Landon MB, Rouse DJ, et al. Maternal morbidity associated with multiple repeat cesarean deliveries. *Obstet Gynecol* 2006; 107: 1226-32.
9. Clark EA, Silver RM. Long-term maternal morbidity associated with repeat cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2011; 205: S2-10.
10. Méd. BAN. Mortalité maternelle et mortalité périnatale des enfants nés à terme en France 2010; 194: 1581-1599.
11. HAS. Recommandation de bonne pratique clinique. Indications de la césarienne programmée à terme. (http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-03/indications_cesarienne_programmee_-_recommandation_2012-03-12_14-44-28_679.pdf) 2012.
12. Fiches A C-PK, Huissoud C, Rudigoz, RC. *Grossesse et utérus cicatriciel*. Vol. 2010;5-016-D-20. Encycl Méd Chir Obstétrique 2010.

13. Landon MB, Hauth JC, Leveno KJ, et al. Maternal and perinatal outcomes associated with a trial of labor after prior cesarean delivery. *N Engl J Med* 2004; 351: 2581-9.
14. Lydon-Rochelle M, Holt VL, Easterling TR, Martin DP. Risk of uterine rupture during labor among women with a prior cesarean delivery. *N Engl J Med* 2001; 345: 3-8.
15. Agency for Healthcare Research and Quality G, JM, Eden, K, Emeis, C, Denman, MA, Marshall, N, et al. Vaginal birth after cesarean: new insights. Evidence report/technology. (<http://www.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/vbacup/vbacup.pdf>) 2010; Assessment N°91.
16. CNGOF. Recommandations pour la pratique clinique. Accouchement en cas d'utérus cicatriciel. ([http://www.cngof.asso.fr/D TELE/RPC uterus cicatriciel 2012.pdf](http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/RPC_uterus_cicatriciel_2012.pdf)) 2012
17. Blondel B, Kaminski M. L'augmentation des naissances multiples et ses conséquences en santé périnatale. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2002; 31: 725-40.
18. Blondel B. Augmentation des naissances gémellaires et conséquences sur la santé. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2009; 38: S7-17.
19. CNGOF. Recommandations pour la pratique clinique les grossesses gémellaires. ([http://www.cngof.asso.fr/D TELE/RPC%20GEMELLAIRE 2009.pdf](http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/RPC%20GEMELLAIRE_2009.pdf)) 2009.
20. Sentilhes L, Bouhours AC, Biquard F, Gillard P, Descamps P, Kayem G. L'élévation du taux de césariennes: un progrès nécessaire de l'obstétrique moderne. *Gynecol Obstet Fertil* 2009; 37: 432-41.
21. Schmitz T, Carnavalet Cde C, Azria E, Lopez E, Cabrol D, Goffinet F. Neonatal outcomes of twin pregnancy according to the planned mode of delivery. *Obstet Gynecol* 2008; 111: 695-703.
22. Sibony O, Touitou S, Luton D, Oury JF, Blot PH. A comparison of the neonatal morbidity of second twins to that of a low-risk population. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2003; 108: 157-63.
23. Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett ED, Saigal S, Willan AR. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. Term Breech Trial Collaborative Group. *Lancet* 2000; 356: 1375-83.
24. Goffinet F, Blondel B, Breart G. A propos du débat sur le siège. Questions posées par un essai contrôlé de Hannah et coll. sur la pratique

- systématique d'une césarienne en cas de présentation du siège. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2001; 30: 187-90.
25. Blondel B, Breart G, du Mazaubrun C, et al. La situation périnatale en France. Evolution entre 1981 et 1995. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1997; 26: 770-80.
 26. Sentilhes L, Verspyck E. Faut-il ou non déclencher les macrosomes? Nous sommes résolument contre. *Gynecol Obstet Fertil* 2006; 34: 1186-9.
 27. Rouse DJ, Owen J, Goldenberg RL, Cliver SP. The effectiveness and costs of elective cesarean delivery for fetal macrosomia diagnosed by ultrasound. *Jama* 1996; 276: 1480-6.
 28. Henriksen T. The macrosomic fetus: a challenge in current obstetrics. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2008; 87: 134-45.
 29. de Vries BS, Peek MJ. Exploring the mechanisms of intrapartum transmission of HIV. Does elective caesarean section hold the key? *Bjog* 2008; 115: 677-80.
 30. Mofenson LM, Lambert JS, Stiehler ER, et al. Risk factors for perinatal transmission of human immunodeficiency virus type 1 in women treated with zidovudine. Pediatric AIDS Clinical Trials Group Study 185 Team. *N Engl J Med* 1999; 341: 385-93.
 31. Garcia PM, Kalish LA, Pitt J, et al. Maternal levels of plasma human immunodeficiency virus type 1 RNA and the risk of perinatal transmission. Women and Infants Transmission Study Group. *N Engl J Med* 1999; 341: 394-402.
 32. Boer K, England K, Godfried MH, Thorne C. Mode of delivery in HIV-infected pregnant women and prevention of mother-to-child transmission: changing practices in Western Europe. *HIV Med* 2010; 11: 368-78.
 33. McIntyre PG, Tosh K, McGuire W. Caesarean section versus vaginal delivery for preventing mother to infant hepatitis C virus transmission. *Cochrane Database Syst Rev* 2006: CD005546.
 34. Network EPHCV. A significant sex--but not elective cesarean section--effect on mother-to-child transmission of hepatitis C virus infection. *J Infect Dis* 2005; 192: 1872-9.
 35. Yang J, Zeng XM, Men YL, Zhao LS. Elective caesarean section versus vaginal delivery for preventing mother to child transmission of hepatitis B virus--a systematic review. *Virology* 2008; 5: 100.
 36. Jungmann EM. Genital herpes. *Clin Evid* 2007; 2007.
 37. HAS. Césarienne programmée à terme; optimiser la pertinence du parcours patient

- http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-09/optimiser_pertinence_cesarienne_programmee_a_terme_2012.pdf) 2012.
38. Euro-Peristat Indlstedlrm. Rapport européen sur la périnatalité: la France comparée aux autres pays d'Europe. (http://www.inserm.fr/content/download/2431/19990/file/Europeristat_der.pdf) 2008.
 39. Fédération hospitalière de France. FHF. Etudes sur les césariennes. (http://www.fhf.fr/content/download/12337/55848/version/1/file/Etude+c%C3%A9sarienne_FHF.pdf) 2008.
 40. Bouvier-Colle MH, Saucedo M, Deneux-Tharaux C. L'enquête confidentielle française sur les morts maternelles, 1996-2006: quelles conséquences pour les soins en obstétrique? *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2011; 40: 87-102.
 41. Arnault S EA. Les maternités : plus de trente ans d'évolution. In: Direction de la recherche et des études de l'évaluation et des statistiques, ed. Les établissements de santé un panorama pour l'année 2007. 2010: p. 49-72.
 42. David S, Mamelle N, Riviere O. Estimation of an expected caesarean section rate taking into account the case mix of a maternity hospital. Analysis from the AUDIPOG Sentinelle Network (France). Obstetricians of AUDIPOG. Association of Users of Computerised Files in Perinatology, Obstetrics and Gynaecology. *Bjog* 2001; 108: 919-26.
 43. Bragg F, Cromwell DA, Edozien LC, et al. Variation in rates of caesarean section among English NHS trusts after accounting for maternal and clinical risk: cross sectional study. *Bmj* 2010; 341: c5065.
 44. CNGOF. Recommandations pour la pratique clinique le diabète gestationnel. (http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/RPC_DIABETE_2010.pdf). 2010.
 45. Langer O, Yogev Y, Most O, Xenakis EM. Gestational diabetes: the consequences of not treating. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 192: 989-97.
 46. Hadlock FP. Sonographic estimation of fetal age and weight. *Radiol Clin North Am* 1990; 28: 39-50.
 47. Hirata GI, Medearis AL, Horenstein J, Bear MB, Platt LD. Ultrasonographic estimation of fetal weight in the clinically macrosomic fetus. *Am J Obstet Gynecol* 1990; 162: 238-42.
 48. El Hadi M BJ, Venditelli F, Tabaste, JL. Évaluation de la valeur diagnostique de la hauteur utérine et de la prise de poids maternel pendant la grossesse sur la prédiction de la macrosomie. *Rev Fr Gynécol Obstet*. 1996; 91: 24-6.

49. HAS. Comment mieux informer les femmes enceintes. (http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_454394/commentmieux-informer-les-femmes-enceintes?xtmc=&xtcr=2) 2005.
50. 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: 252-61.
51. Montgomery AA, Emmett CL, Fahey T, et al. Two decision aids for mode of delivery among women with previous caesarean section: randomised controlled trial. *Bmj* 2007; 334: 1305.
52. Khunpradit S, Tavender E, Lumbiganon P, Laopaiboon M, Wasiak J, Gruen RL. Non-clinical interventions for reducing unnecessary caesarean section. *Cochrane Database Syst Rev* 2011: CD005528.
53. Safar SH. Information du patient : recommandation de bonne pratique de l'HAS de mai 2012 et jurisprudence de référence. *Droit, Déontologie & Soins* 2012; Volume 12: Pages 445–459.
54. HAS. Qualité et sécurité des soins dans le secteur de naissance (www.has-sante.fr/portail/.../guide_qualite_securite_secteur_naissance.pdf) 2014.
55. HAS. Programmes d'amélioration des pratiques. Démarche générale d'élaboration. (http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-07/pap-upp_23-06-08.pdf) 2008.
56. HAS. Méthodes et modalités de DPC. (http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-12/liste_methodes_modalites_dpc_decembre_2012.pdf) 2014.

RESUME

INTRODUCTION

Le taux de césarienne n'a cessé d'augmenter depuis la fin des années 70, dans tous les pays développés. En France, une femme sur cinq donne naissance par césarienne. Dans moins de la moitié des cas, la césarienne est programmée. La césarienne par rapport à la voie basse augmente la morbidité maternelle, sans pour autant diminuer la mortalité périnatale. C'est pourquoi nous devons constamment réévaluer les indications de césariennes.

OBJECTIF

Améliorer les pratiques professionnelles en matière de césarienne programmée, sans faire prendre de risque aux patientes ni aux praticiens en leur imposant des techniques qu'ils ne maîtrisent pas.

METHODES

La haute autorité de santé (HAS) a mis en place une étude au niveau national concernant la césarienne programmée à terme. Au sein de la région Poitou-Charentes, quatre maternités de type différent ont décidé de manière indépendante de participer à l'étude. La maternité A et la maternité B ont choisi de travailler sur la césarienne programmée et la macrosomie, la maternité C a travaillé sur la césarienne programmée et la présentation par le siège, et la maternité D a travaillé sur l'information des patientes et la césarienne programmée. Chaque établissement a sélectionné 10 dossiers de patiente de manière rétrospective, pour comparer le chemin clinique des patientes à celui préconisé par la HAS.

RESULTATS

A la maternité A, afin d'améliorer le dépistage de la macrosomie, le service a écrit un protocole de dépistage. La maternité B, au vu de ces résultats, a décidé d'améliorer le dépistage du diabète gestationnel. La maternité C a pris pour résolution de contrôler systématiquement la présentation fœtale avant de débiter la césarienne. La maternité D va porter ses efforts sur la traçabilité de l'information délivrée aux patientes.

CONCLUSION

La prise en charge et l'information des patientes en matière de césarienne programmée à terme est globalement bonne dans ces quatre établissements du Poitou-Charentes. Une réévaluation des pratiques dans un an sera nécessaire pour apprécier la mise en pratique et l'efficacité des résolutions prises par chacune des équipes.

Mots clés : césarienne programmée, siège, macrosomie, information, analyse des pratiques professionnelles.



UNIVERSITE DE POITIERS



Faculté de Médecine et de
Pharmacie

SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

