

PÉRINATALITÉ EN RÉGION CVL

Enquête « césariennes programmées »

15/09/2016 au 15/02/2017

Journée Régionale - Périnat CVL - 23/11/2017

Dr D. TURPIN, Dr J. POTIN, Dr D. DUBILLOT, Dr N. AYASS,
Mme MC. BAUDE, Mme C. DELCOURT, Mme A. PIGNER
Réseau Périnat Centre-Val de Loire

Mme AI. LECUYER, Dr L. GRAMMATICO-GUILLON, Dr E. LAURENT,
Dr S. BARON, Mme L. GODILLON, Pr E. RUSCH
Unité Régionale d'Épidémiologie Hospitalière

Mr M. LEMARCHAND **ARS CVL**
Dr N. AGOSTI **DRSM CNAMTS CVL**

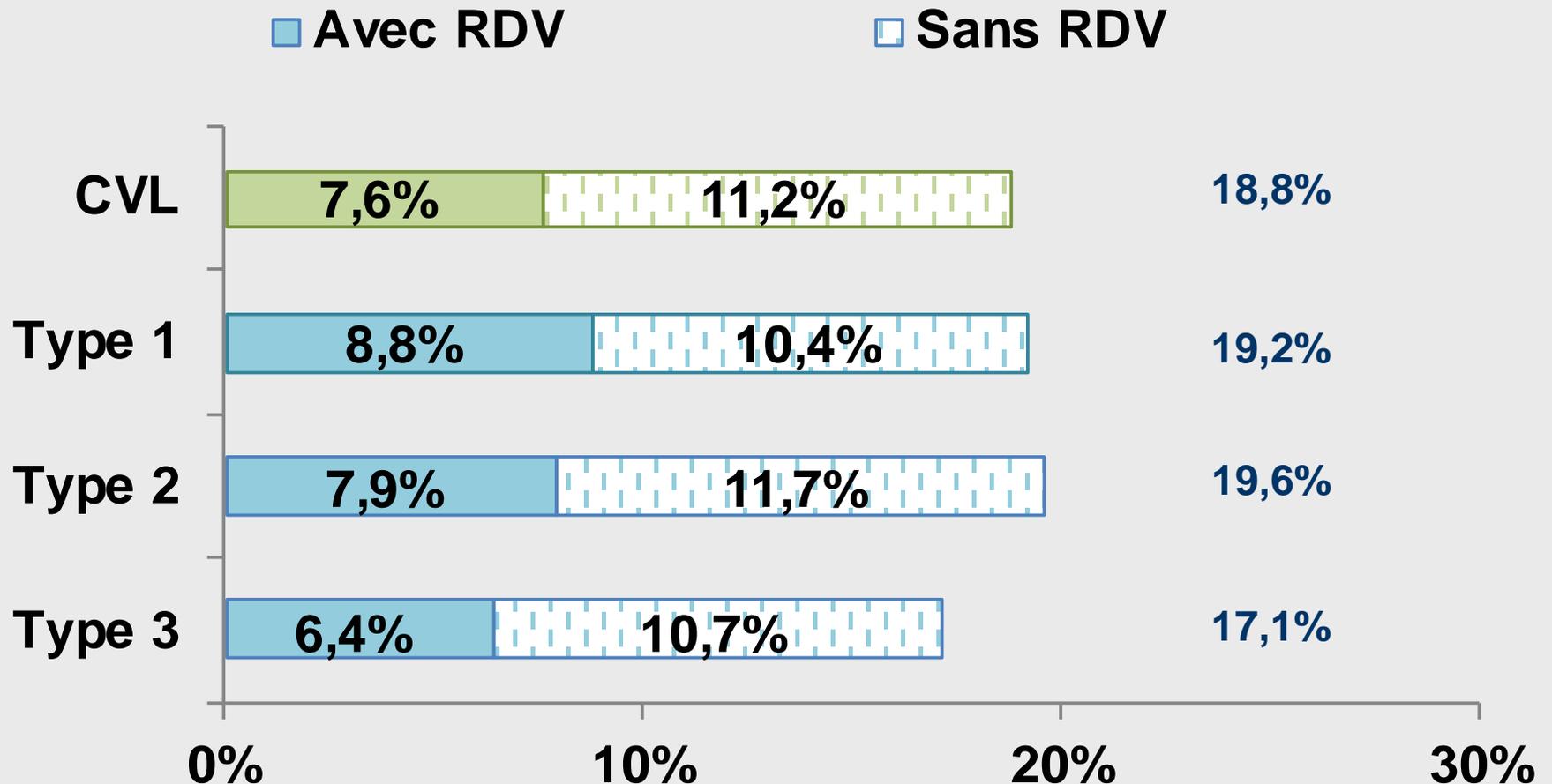


Objectif

- Etat des lieux en CVL : pratiques et indications
- Définition de la césarienne programmée
- Questionnement : y a-t-il des césariennes programmées « évitables » ?

Césariennes 18,8% : 7,6% avec RDV / 11,2% sans

1 979 femmes incluses



Caractéristiques selon RDV

Femmes avec RDV

Caractéristiques des mères

- œ Plus âgées
- œ Multipares
- œ Plus d'ATCD de césariennes que les femmes sans RDV

3 principales indications :

- œ **60% utérus cicatriciels**
 - 13% pour utérus unicatriciel seul
- œ **27% sièges**
- œ **21% pelvimétrie défavorable**

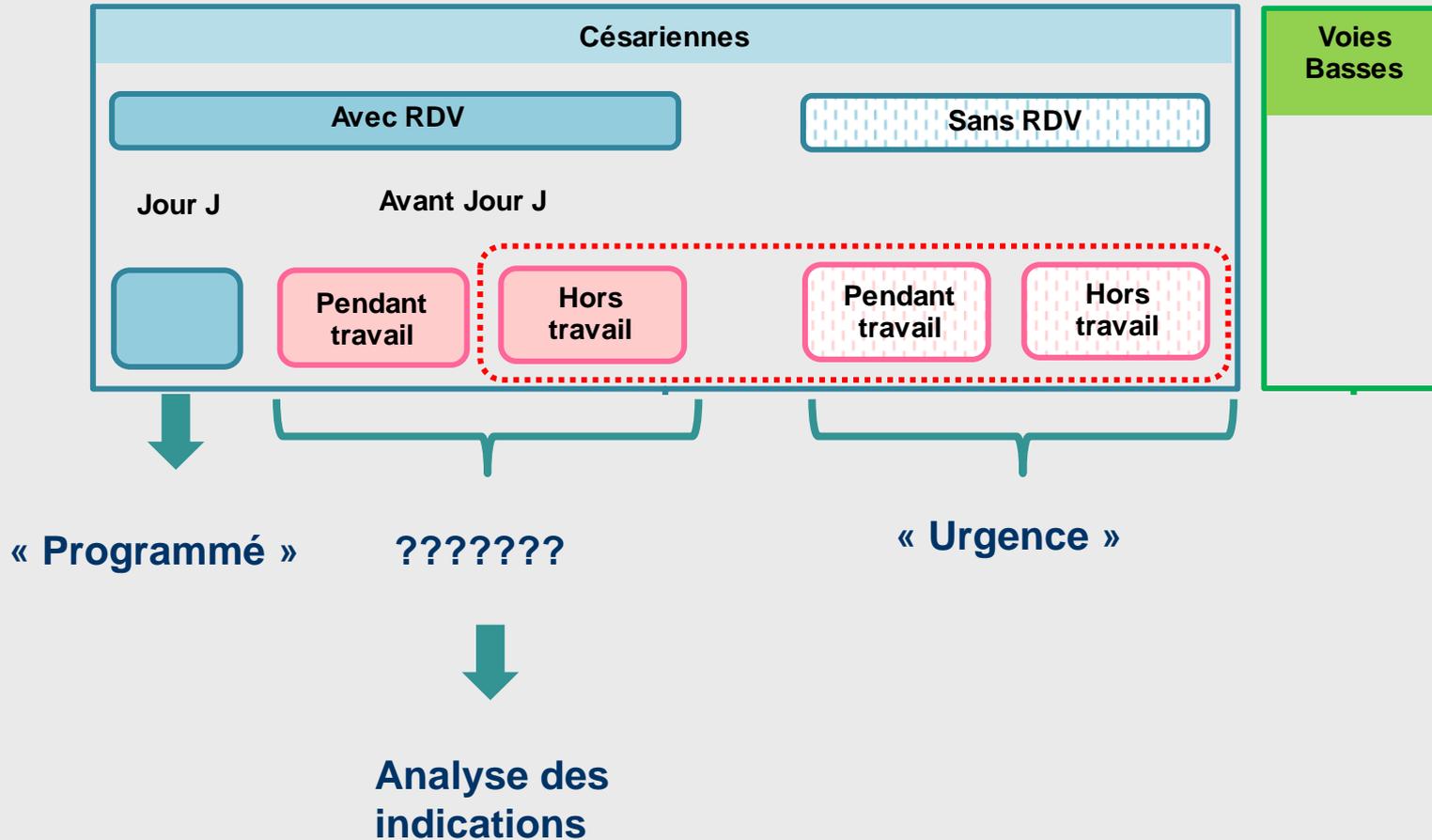
31% des femmes ≥ 2 indications

- œ NB : 6 césariennes uniquement pour demande de la patiente

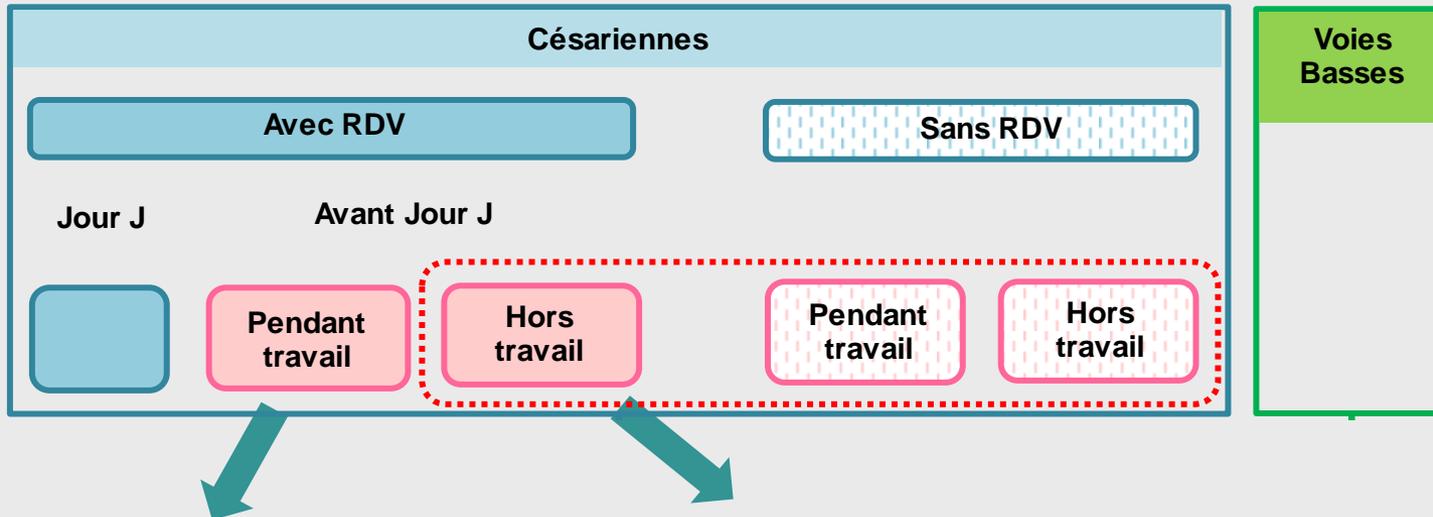
Terme de programmation

- œ Reco HAS : grossesse mono-fœtale → ≥39 SA
- œ CVL : **63% programmées ≥39 SA** (+17% à 38 SA + 4, 5 ou 6 jours)

5 parcours



5 parcours



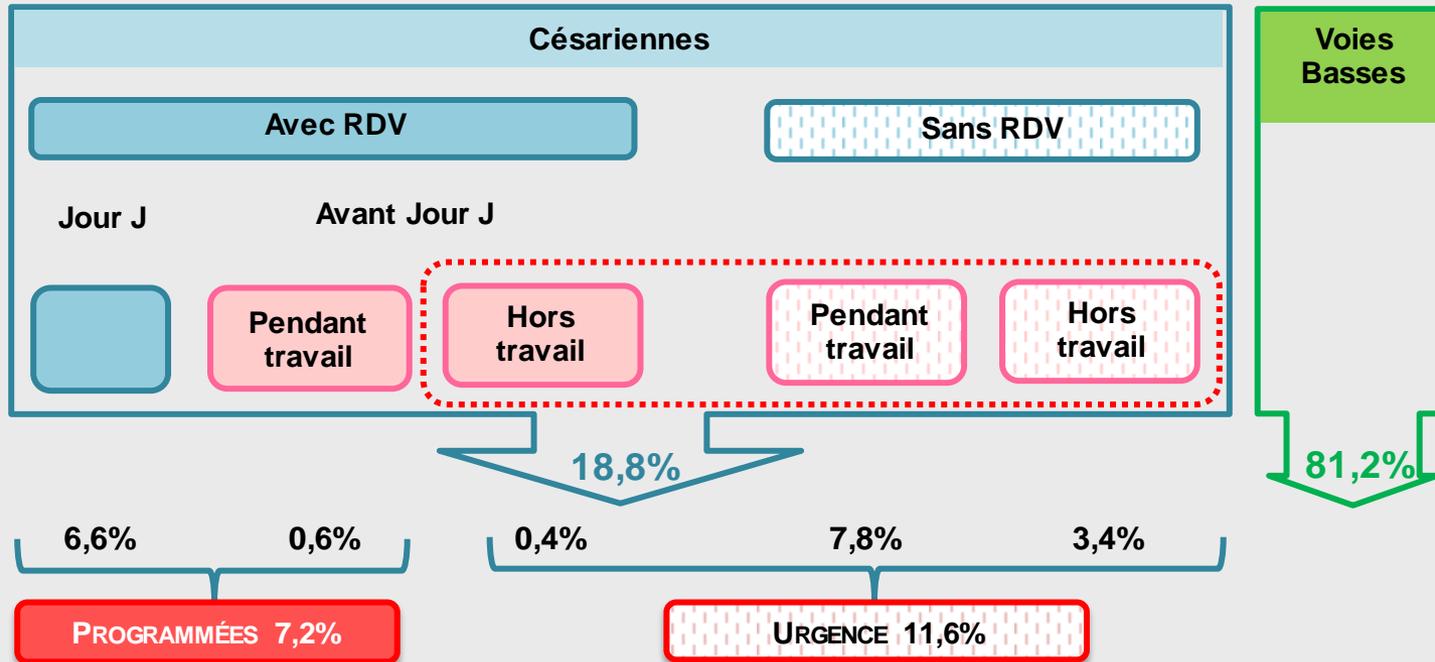
- **Mêmes indications que césariennes avec RDV réalisées le jour J :**

- œ Présentation anormale 29%
- œ Pelvimétrie défavorable 30%
- œ Macrosomie 6%

- **Mêmes indications que césariennes sans RDV réalisées hors travail :**

- œ Eclampsie 16%
- œ Hémorragie 5%

5 parcours



Vs

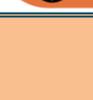
7,6% avec RDV

11,2% sans RDV

→ Taux césariennes programmées < taux césariennes avec RDV

Classification de Robson

- **Classification en 12 groupes, surtout adaptée aux césariennes programmées**
- **Ne tient pas compte de l'ensemble des indications, notamment urgentes**
 - ∞ Critères standardisés, recueillis en routine : terme, parité, présentation, grossesse unique/multiple, déclenchement, utérus cicatriciel
- **Enquête uniquement sur les césariennes** → pas de mesure du taux de césarienne par groupe (manquent voies basses)
- **Plaquette Périnat 2016** : taux de césariennes par groupe

Répartition des césariennes par groupe de Robson		CVL	PERINAT 2010
% en colonne ≠ taux de césarienne		%	%
Bas risque, n(%)		812	1 244
singleton céphalique à terme (≥37 SA)		(41,0)	(42,9)
Primipare	 Travail spontané	12,9	13,9
	 a. Travail déclenché	13,6	13,8
	 b. Avant travail	4,3	5,3
Multipare (sans utérus cicatriciel)	 Travail spontané	3,9	3,2
	 a. Travail déclenché	2,9	3,4
	 b. Avant travail	3,3	3,2
	Haut risque, n(%)		1 167
(59,0)		(57,1)	
Multipare, single. céphal. à terme (≥37)	 utérus cicatriciel	30,0	28,2
Primipare, singleton siège	 Toutes	8,3	8,4
Multipare, singleton siège	 (utérus cicat. inclus)	7,3	6,1
Grossesse multiple	 (utérus cicat. inclus)	4,3	4,0
Singleton transverse	 (utérus cicat. inclus)	1,3	2,1
Single. Céphal. prématuré (≤ 36 SA)	 (utérus cicat. inclus)	7,6	8,3

Toutes césariennes

- Répartition peu différente du national (NS) :
 - ☞ En CVL, 59% des césariennes faites pour des femmes à haut risque, vs 57% (France 2010)
- 3 principaux groupes, tous sur grossesse unique :
 - ☞ 27 % : primipares à terme en travail (spontané ou déclenché)
 - ☞ 30% : utérus cicatriciel, céphalique à terme
 - ☞ 16% : siège (primi+multipares)

Césarienne PROGRAMMEE : 87% de femmes haut risque

Répartition césariennes PROGRAMMEES par groupe de Robson : % en colonne ≠ taux de césarienne		TOTAL	Niveau de maternité			
		%	Type I %	Type II %	Type III %	
Haut risque, n(%)		666 (87,4)	144 (92,3)	336 (86,2)	186 (86,1)	
Multipare, single.céphal. à terme (≥37 SA)	 Groupe 5	Avec utérus cicatriciel	50,3	48,7	50,3	51,4
Primipares, singleton siège	 Groupe 6	Toutes	14,2	23,7	11,5	12,0
Multipare, singleton siège	 Groupe 7	(utérus cicatriciels inclus)	12,1	10,9	12,3	12,5
Grossesse multiple	 Groupe 8	(utérus cicatriciels inclus)	6,0	3,8	6,4	6,9
Singleton transverse	 Groupe 9	(utérus cicatriciels inclus)	2,1	3,8	2,3	0,5
Single. céphal. prématuré (≤ 36 SA)	 Groupe 10	(utérus cicatriciels inclus)	2,8	1,3	3,3	2,8

- **2 caractéristiques principales :**

- ☞ **Utérus cicatriciel : 50% des césariennes programmées (unicicatriciel : 27%)**
- ☞ **Siège : 26%**

- **Par type de maternité :**

- ☞ **utérus cicatriciel : pas de différence pour programmation**
- ☞ **siège : primipares 2x plus souvent en type I qu'en type II et III (p<0,01)**

- **Attention : pas de prise en compte des autres indications**

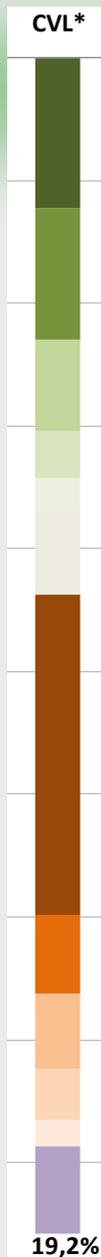
Césarienne PROGRAMMEE : 13% de femmes bas risque (n=96) (Singleton céphalique à terme)

Répartition césar. PROGRAMMEES % en colonne ≠ taux de césarienne		TOTAL %	Niveau de maternité		
			Type I %	Type II %	Type III %
Bas risque, n(%) : singleton céphalique à terme (≥37 SA)		96 (12,6)	12 (7,7)	54 (13,8)	30 (13,9)
Primipare	 Groupe 1 Travail spontané	0,5	0,6	0,5	0,5
	 Groupe 2 b. Avant travail	6,2	3,8	6,4	7,4
Multipare (sans utérus cicatriciel)	 Groupe 3 Travail spontané	0,4	0,0	0,8	0,0
	 Groupe 4 b. Avant travail	5,5	3,2	6,2	6,0

• Quelles indications ?

- ☞ 2b : 47 primipares avant travail :
 - 60% de suspicion isolée de disproportion foeto-pelvienne

- ☞ 4b : 42 multipares avant travail :
 - 33% de suspicion isolée de disproportion foeto-pelvienne
 - 45% de pathologies maternelles ou pb placentaires/périnéaux



Caractéristiques des femmes (Type II hors Châteauroux)			Taux Césarienne	
			CVL	France (ENP 2016)
Bas risque			10,9%	10,5%
Bas risque	Primipares, singleton céphalique à terme (≥37 SA)	 Groupe 1 Travail spontané	9,4%	10,7%
		 Groupe 2 a. Travail déclenché b. Césarienne avant travail	26,0%	29,4%
	Multipares, singleton céphalique à terme (≥37 SA)	 Groupe 3 Travail spontané (sans utérus cicatriciel)	2,2%	1,5%
		 Groupe 4 a. Travail déclenché (sans utérus cicatriciel) b. Césarienne avant travail (sans utérus cicatriciel)	6,3%	8,1%
Haut risque			53,1%	55,1%
Haut risque	Multipares, singleton céphalique à terme (≥37 SA)	 Groupe 5 Avec <u>utérus cicatriciel</u>	56,7%	55,1%
	Primipares, singleton <u>siège</u>	 Groupe 6 Toutes	71,7%	83,2%
	Multipares, singleton <u>siège</u>	 Groupe 7 (utérus cicatriciels inclus)	71,0%	77,8%
	Grossesses multiples	 Groupe 8 (utérus cicatriciels inclus)	54,3%	54,1%
	Singletons présentation dystocique**	 Groupe 9 (utérus cicatriciels inclus)	65,8%	100,0%
	Singletons céphaliques prématurés (≤ 36 SA)	 Groupe 10 (utérus cicatriciels inclus)	30,1%	31,4%
TOTAL			19,2%	19,9%

* Type II hors Châteauroux

** Comprend transverse, front, face, menton et autres

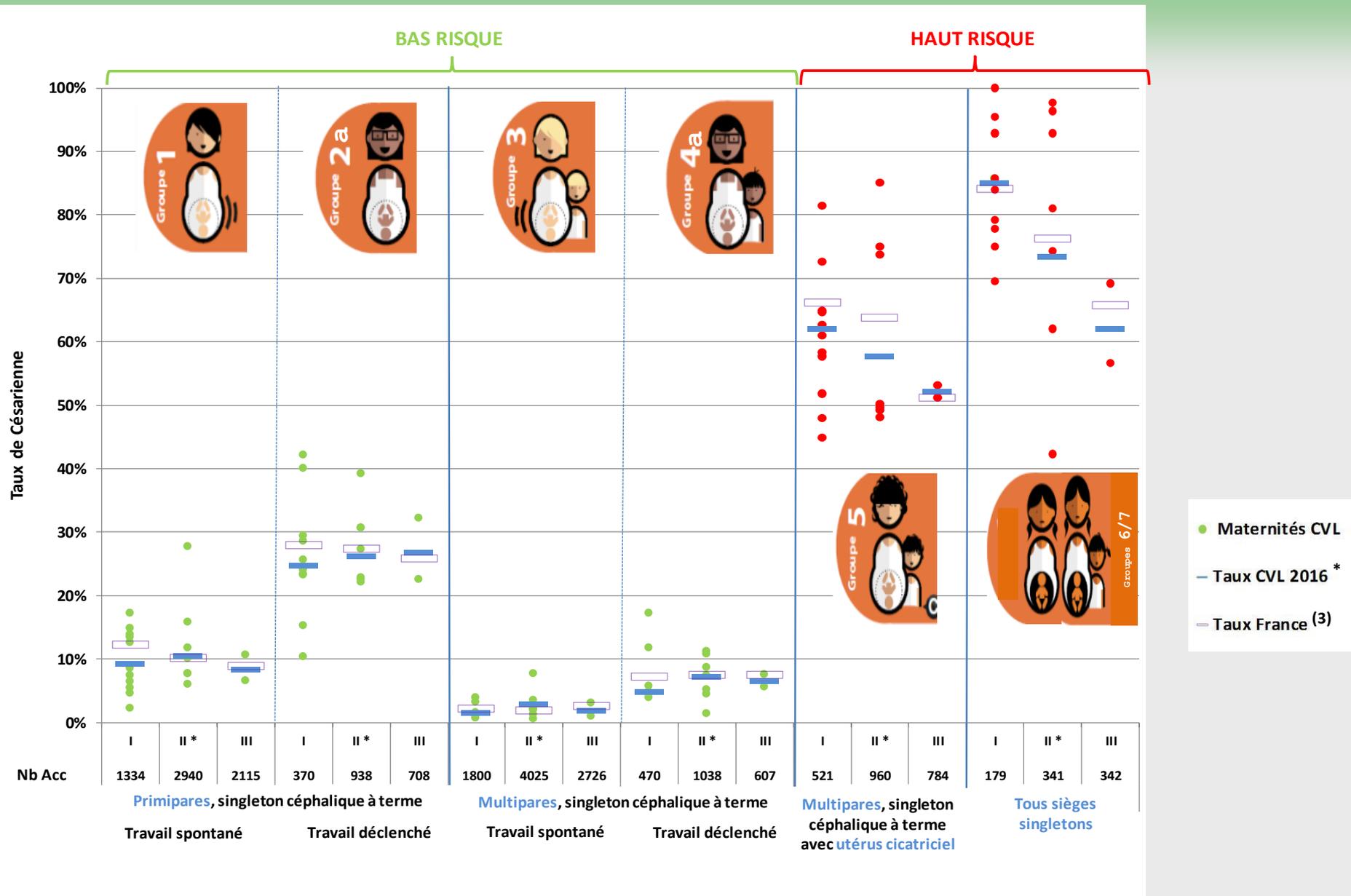
Registre 2016

- GROS pourvoyeurs de césariennes : **primipares singleton céphalique > utérus cicatriciel > sièges**
- idem étude « Césariennes »

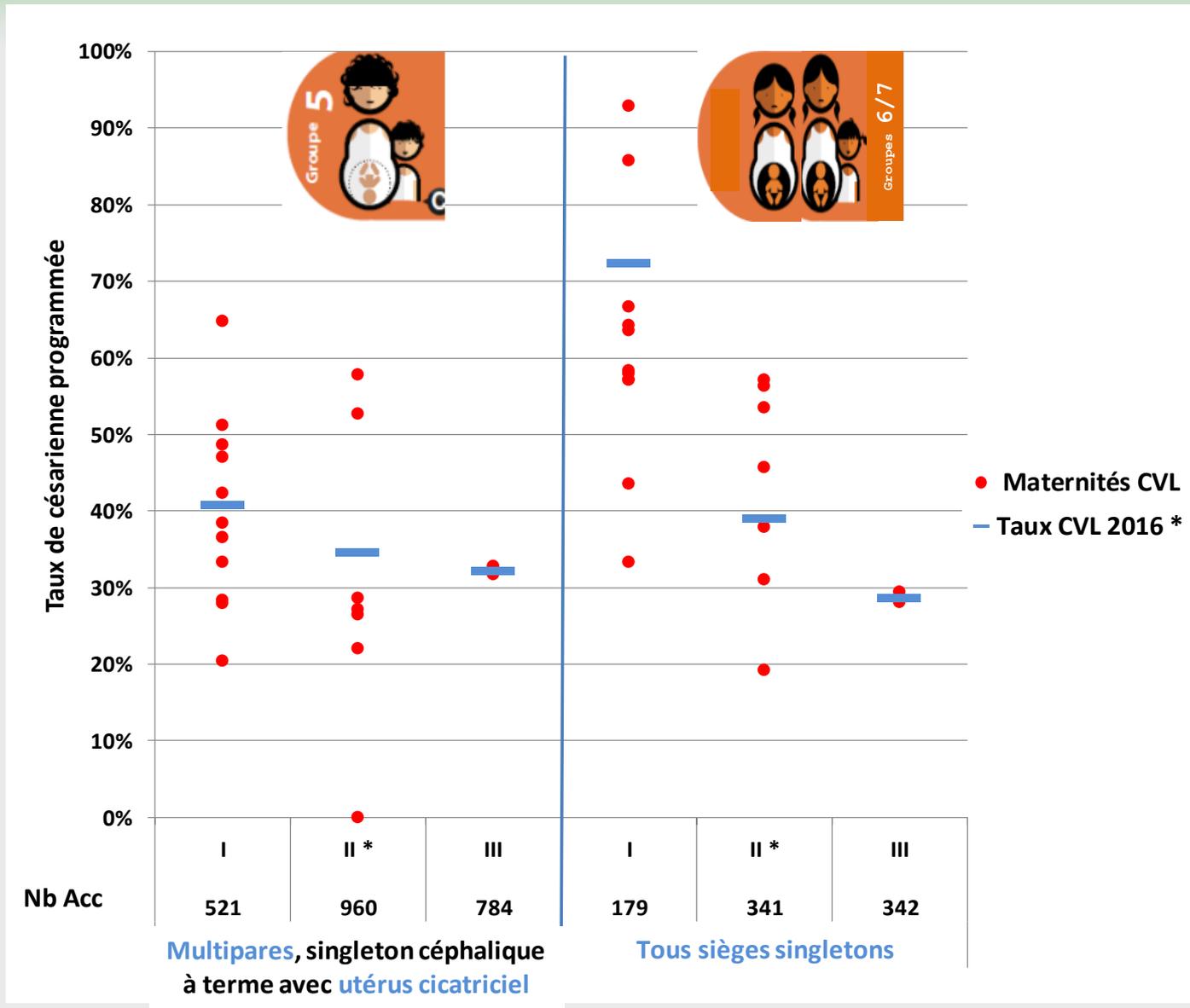
Taux de césariennes

- 11% chez femmes bas risque**
 - primipare singleton céphalique à terme : 17%
 - primipares déclenchées : 26%
- 53% chez femmes haut risque**
 - utérus cicatriciel : 57%
 - siège : 71% (**< taux national**)

Registre 2016 : toutes césariennes



Registre 2016 : 27% césariennes programmées chez les femmes à haut risque (2% chez femmes à bas risque)



Pistes d'amélioration

- **L'Utérus cicatriciel grève le pronostic obstétrical :**

- **Primipare :**

- indications de déclenchement
- suspicions de disproportion foeto-pelvienne

- **Voie basse et utérus uni ou bi cicatriciel**

- **Présentation du siège**

- **Mais :**

- **Peu de césariennes programmées chez des femmes à bas risque**

- **CVL mieux que national !**

- **Taux CVL = taux optimal pour la mortalité néonatale et infantile**

Molina G, Weiser TG, Lipsitz SR, Esquivel MM, Uribe-Leitz T, Azad T, et al.
Relationship Between Cesarean Delivery Rate and Maternal and Neonatal Mortality. JAMA. 2015;314(21):2263–70.

- **Robson : outil de suivi des césariennes programmées**

INTRODUCTION

Le Réseau de Périnatalité femmes enceintes et nouveau-nés. Il mène des activités de surveillance et de suivi en région Centre-Val de Loire (CVL) (<http://www.santecentre.fr>).

Le Registre Informatisé de l'activité des 21 maternités L'UREH, au service des réseaux régionaux de la mère et du nouveau-né. Enfin, la FFRSP (Fédération Française des Régions de Santé Publique) Technique de l'information permettant ainsi des comparaisons.

En 2016, le programme de contrôle du taux de césarienne programmée est devenu un outil de référence temporelle des taux de césarienne. Les objectifs recueillis en routine, la comparaison au sein des équipes obstétricales d'une région Centre-Val de Loire a été réalisée sur la totalité des maternités.

Ils comprennent les principaux accouchements : Césarienne programmée, Césarienne d'urgence, Naissances à terme, Naissances prématurées, Niveau de maternité.

En 2016, toutes les maternités ont été contrôlées pour régler les données du CH de Châteaumur. La maternité de Pithiviers a été contrôlée.

Au total, le taux d'exhaustivité est de 95,5%.

Accoucher
2013 : 28 113
2014 : 27 728
2015 : 26 591
2016 : 25 864

DONT

AIE
2013 : 141
2014 : 153
2015 : 136
2016 : 155

Figure 1 : Proportion de césariennes programmées

2017

INTRODUCTION

La césarienne médicalement justifiée peut réduire efficacement la mortalité et la morbidité materno-fœtale. Comme toute intervention chirurgicale, elle est associée à des risques à court et long terme pouvant affecter la santé de la mère et de l'enfant. La césarienne peut être prévue et programmée à terme ou être réalisée en urgence avant le travail ou au cours du travail. Il n'existe pas de définition consensuelle de la césarienne programmée. Un des critères usuels pour définir la programmation en chirurgie est un délai >48h entre la décision et l'intervention. En obstétrique, ce délai n'est pas forcément transposable car la décision du mode d'accouchement (césarienne ou voie basse) est réévaluée tout au long de la grossesse.

En région Centre-Val de Loire (CVL), le taux de césarienne estimé par le registre des naissances s'élevait à 18,2% en 2015 (France Métropolitaine FM 20,1%) et celui de la césarienne programmée à 6,9%⁽¹⁾.

En 2012, la Haute Autorité de Santé (HAS) définit comme césarienne programmée à terme toute intervention planifiée ≥ 37 SA non liée à une situation d'urgence, et détaille les niveaux de preuve des recommandations selon les indications opératoires⁽²⁾.

Afin de limiter la morbi-mortalité que pourrait induire un recours excessif à la césarienne, en particulier lorsque ce geste est évitable, le contrôle du taux de césarienne programmée est une préoccupation majeure. Pour ce, la classification de Robson⁽³⁾ est maintenant proposée comme outil de référence par l'OMS pour l'évaluation, la surveillance et la comparaison des taux de césarienne entre maternités. Elle permet de classer les grossesses en bas et haut risque de césarienne, à partir d'éléments objectifs recueillis en routine : parité, présentation, terme, présence d'une cicatrice utérine. Elle ne prend pas en compte l'ensemble des indications de césariennes, notamment toutes les complications urgentes, plus complexes à intégrer (biais).

En 2013, un programme d'optimisation de la pertinence du parcours des femmes enceintes pouvant nécessiter une césarienne programmée à terme⁽⁴⁾ a été initié par la HAS puis relayé en région comme un des objectifs des programmes de gestion du risque, cogérés par les ARS et l'Assurance Maladie. Le réseau Périnatalité Centre-Val de Loire (CVL) a ainsi été mandaté pour mener une analyse des pratiques et indications de césarienne programmée en CVL pour évaluer la pertinence de cet acte. Une comparaison avec les données de la littérature permettra aux équipes obstétricales d'évaluer leurs pratiques et ainsi d'améliorer la qualité des soins obstétricaux en région Centre-Val de Loire.

OBJECTIFS ET METHODE

OBJECTIFS

- Décrire les caractéristiques des césariennes avec ou sans rendez-vous de programmation planifiée.
→ élaboration d'une définition consensuelle de césarienne en « urgence » vs « programmée », au vu des indications et non du délai entre décision et réalisation de la césarienne.
- Estimer le taux régional de césarienne et la part de césariennes programmées avec cette définition.
- Déterminer la part contributive de chacun des groupes de la classification de Robson⁽²⁾

METHODE

- Etude de cohorte non interventionnelle prospective : toute parturiente majeure non opposée à l'étude ayant accouché par césarienne ≥22 SA (naissance vivante ou mort-né) dans une des 20 maternités CVL entre le 15 septembre 2016 et le 15 février 2017.
- 2 000 césariennes nécessaires pour avoir une précision du taux de césarienne programmée de 0,5% : estimation 7% (taux de césarienne programmée 2015 en CVL), IC 95% : 6,5 à 7,5%.
- 2 formulaires : l'un concernant les césariennes avec rendez-vous de programmation, l'autre celles sans RDV
- Remplissage du formulaire choisi par le professionnel en suites immédiates de césarienne, après recueil du consentement de la patiente.

RÉSEAU PÉRINAT
Centre-Val de Loire

ars
Agence Régionale de Santé
Centre-Val de Loire

SECURITE SOCIALE
l'Assurance
Maladie

Santé Publique
FACULTÉ DE MÉDECINE
TOURS

Disponibles sur le site de l'UREH

<https://www.sante-centre.fr>

Merci pour votre participation !

