

Césariennes programmées en Centre-Val de Loire (CVL) : pratiques et indications - classification de Robson

E. LAURENT, A.I. LECUYER, S. BARON, D. TURPIN, J. POTIN, L. GRAMMATICO-GUILLON

- UREH – Unité Régionale d'Epidémiologie Hospitalière CVL
- Réseau Périnatal CVL
- CHRU de Tours

Contexte

- Césarienne FM₂₀₁₇ : 20,2 % des accouchements → stable
- Césarienne programmée FM₂₀₁₇ : 6,8 %
- Classification de Robson (reco OMS₂₀₁₄)
- **Objectifs**
 - ❑ Estimation du taux de césarienne programmée en CVL
→ Césariennes évitables ?
 - ❑ Comparaison entre maternités : Robson

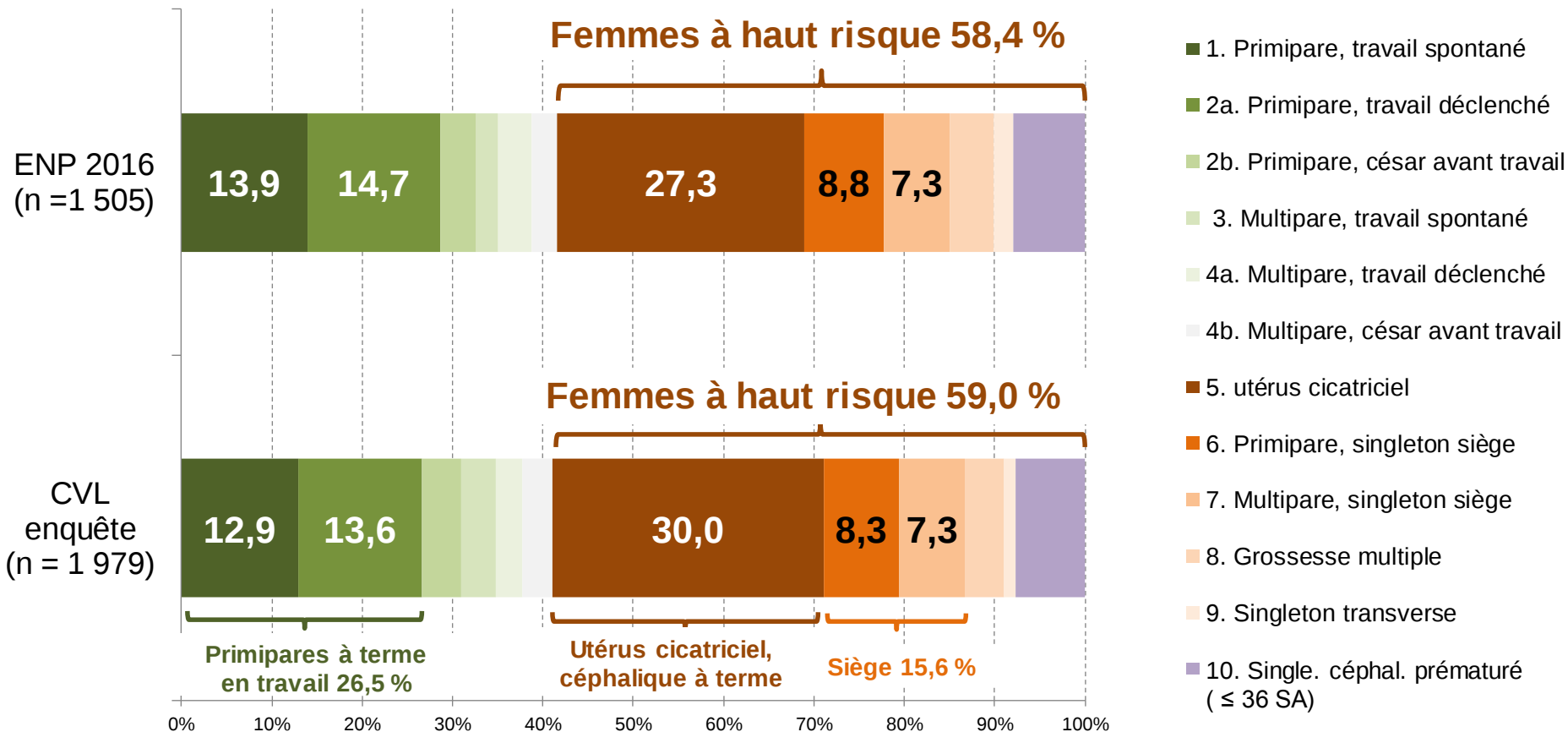
Méthodes

- **Enquête « Césarienne programmée » - 5 mois - 2016/2017**
 - ❑ Femmes majeures césarisées ≥ 22 SA en CVL
 - ❑ Indications césarienne/contexte → définition « programmée »
- **Registre Informatisé des Naissances CVL - 2016**
 - ❑ 25 864 accouchements : voie basse et césarienne
 - ❑ Indications de césarienne non disponibles
- **Enquête Nationale Périnatale ENP 2016 : comparaison FM**

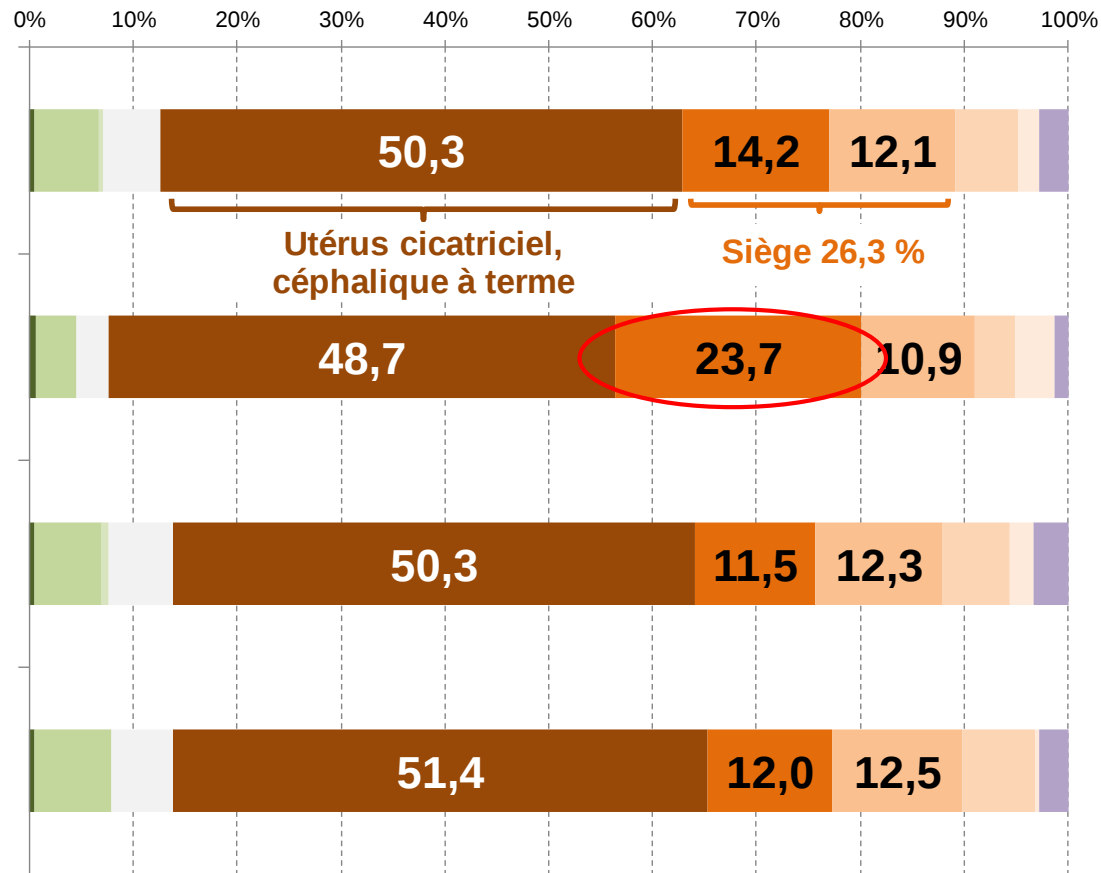
Enquête « Césarienne programmée » - Résultats

- **1 979 césariennes : 18,6 % des accouchements**
- **Césariennes programmées : 7,1 %**
 - ➔ avec rendez-vous de programmation, réalisée :
 - ❑ à la date prévue
 - ❑ avant la date prévue, en travail

Toutes césariennes - parts contributives (Robson)



Césarienne PROGRAMMEE : 87% des femmes HAUT RISQUE



- 1. Primipare, travail spontané
- 2a. Primipare, travail déclenché
- 2b. Primipare, césar avant travail
- 3. Multipare, travail spontané
- 4a. Multipare, travail déclenché
- 4b. Multipare, césar avant travail
- 5. utérus cicatriciel
- 6. Primipare, singleton siège
- 7. Multipare, singleton siège
- 8. Grossesse multiple
- 9. Singleton transverse
- 10. Single. céphal. prématuré (≤ 36 SA)

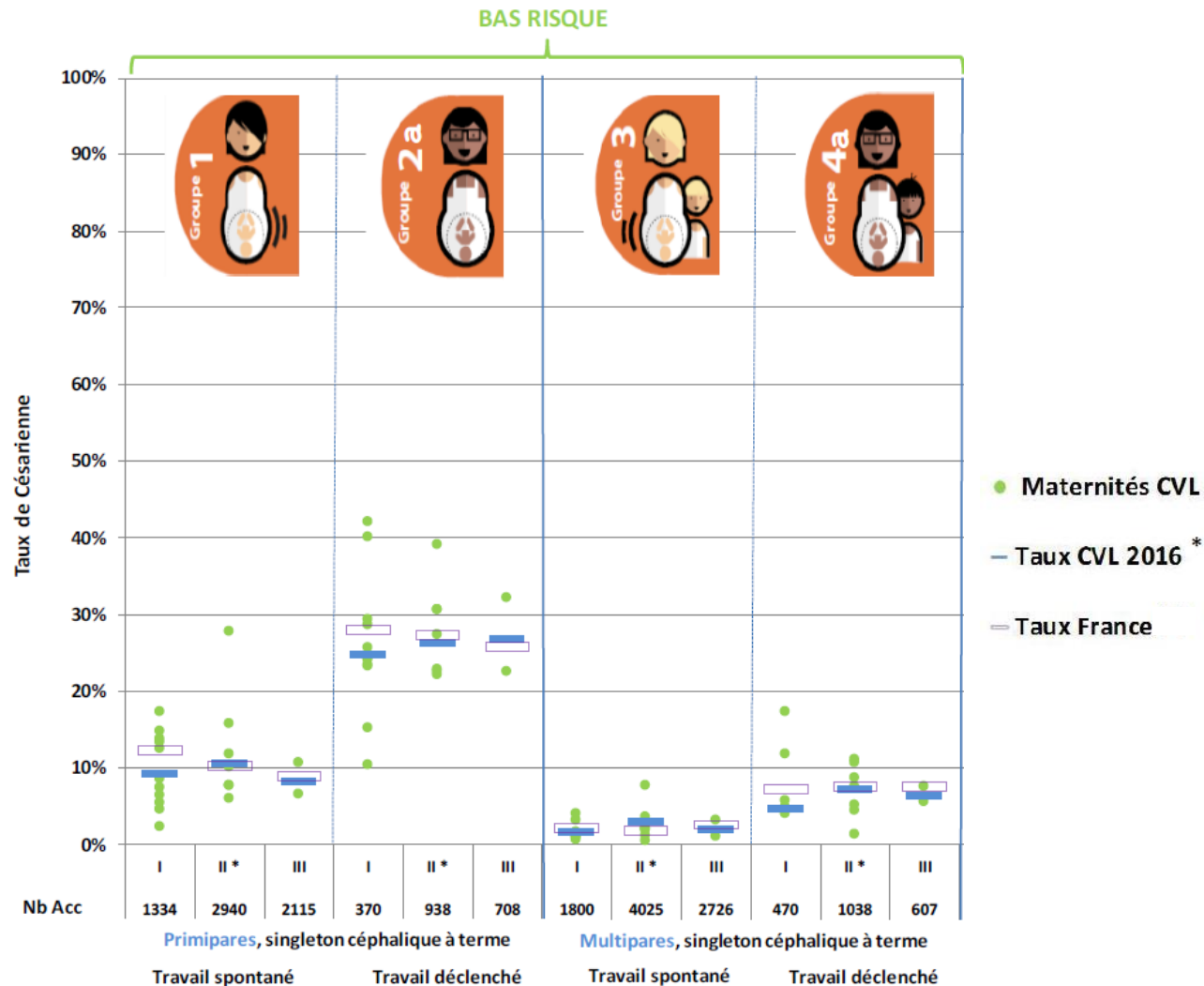
Césarienne PROGRAMMEE : 13% des femmes BAS RISQUE (n=96 Singletons céphaliques à terme)

- **2b : 47 primipares avant travail**
 - 60% suspicion de disproportion foeto-pelvienne isolée
→ *Césariennes évitables?*
- **4b : 42 multipares avant travail**
 - 45% pathologies maternelles ou pb placentaires/périnéaux
→ *Non évitables*
 - 33% suspicion de disproportion foeto-pelvienne isolée

RIN₂₀₁₆

BAS RISQUE

Taux césar.
10,9%

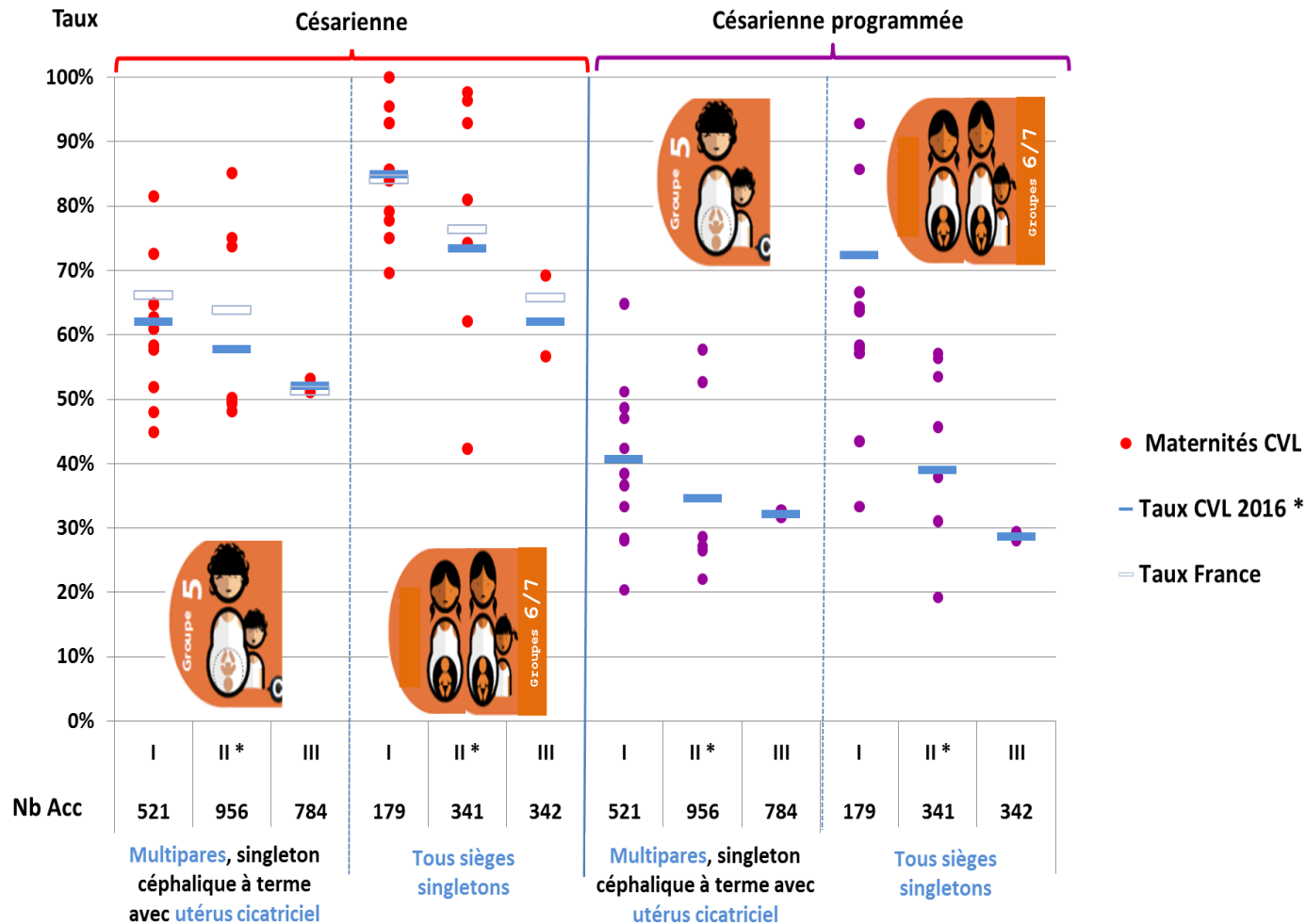


RIN₂₀₁₆

HAUT RISQUE

Taux césar.
53,1%

Taux
césar. prog.
27%



Conclusion 1 : indications « évitables »

- Peu de césar. prog. chez femmes bas risque
- Primipares : pour éviter l'utérus cicatriciel
 - ❑ Suspensions de **disproportion foeto-pelvienne isolée**
 - ❑ Indications de **déclenchement**
- Multipares : **utérus uni- voire bi-cicatriciel**
- **Siège** : possible mais plus délicat

Conclusion 2 : des disparités par maternité à interpréter avec prudence

- Facteurs organisationnels : démographie médicale/équipement de la maternité
 - Nb d'accouchements/an influençant le degré d'expérience : une césarienne est préférée en cas de doute (ex. du siège)
 - Caractéristiques et desiderata des patientes
- ⇒ préserver l'état du nouveau-né au vu des marqueurs d'hypoxie foétale (Apgar, pH, lactates...)

OMS₂₀₁₄ : « la priorité ne devrait pas être d'atteindre un taux spécifique de césarienne mais de tout mettre en œuvre pour pratiquer une césarienne chez toutes les femmes qui en ont besoin. »

Le Réseau de Périnatalité femmes enceintes et nouveau-nés. Il regroupe des acteurs CVL (<https://www.sante-centre.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 sur la périnatalité

En 2016, le programme de contrôle du taux de césarienne programmée est devenu un outil de référence temporelle des taux de césarienne. Les données recueillies en 2016, la comparaison au niveau régional et national a été réalisée sur la totalité des données.

Il comprendront les principaux accouchements : Césarienne, Taux de césarienne programmée, Naissances : Naissances à haut risque de césarienne.

En 2016, toutes les maternités effectuent pour réviser les données du CH de Châteauneuf. La maternité de Pithou.

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

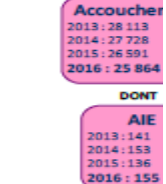


Figure 1 : Proportion de césarienne programmée

2017



Césariennes Programmées en région Centre-Val de Loire Pratiques et Indications



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 Périnatal 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.



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

FFRSP-ATIH :
Robson et indicateurs PMSI
<https://www.scansante.fr/applications/indicateurs-de-sante-perinatale>

Merci à tous !