



Accouchements par césarienne programmée à terme avant début de travail

Revue de pertinence

Mai 2013

Auteurs : Julie Rongère, Sandrine Domecq, Ahmed Djihoud, Catherine Pourin (CCECQA)

Relecture : Christine Trebesse, Dominique Magnen (MSP Bagatelle), Nathalie Bonneau (CHIC Marmande-Tonneins), Sami Haddad (Réseau Périnat Aquitaine)

Citations

Accouchements par césarienne programmée à terme avant début de travail : revue de pertinence. Protocole, CCECQA, Bordeaux mai 2013.

Introduction

Selon l'enquête nationale périnatale de 2010, le taux de césarienne s'est stabilisé depuis le début des années 2000. La césarienne est la principale étiologie de la cicatrice utérine dans les pays industrialisés. En France, une femme sur cinq donne naissance par césarienne. Dans moins de la moitié des cas, la césarienne est programmée. Le taux moyen national de césariennes programmées en 2009 s'élevait à 7,4 %, avec des disparités entre les départements et selon le type des établissements considérés. Dans ce contexte, et afin d'assurer une analyse des pratiques permettant d'évaluer la pertinence de cet acte, le Collège de la HAS préconise que les professionnels de santé renseigne dans le dossier de la femme enceinte les éléments d'information suivants : indication, rapport bénéfices/risques et conditions de réalisation de l'acte.

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 Haute Autorité de santé (HAS) sur plusieurs thématiques concernant la pertinence des soins, en raison d'écart 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 orientés sur la prise en compte de la pertinence du parcours du patient. L'instruction DGOS/R5/2012 relative à l'appel à candidature pour l'expérimentation pilote du programme d'analyse et d'amélioration des pratiques de césarienne programmée à terme avait deux objectifs :

- Préciser les modalités de mise en œuvre du premier programme d'amélioration de la pertinence des pratiques de la HAS qui concerne la réalisation de césariennes programmées à terme
- Faire un appel à volontariat auprès des ARS pour qu'elles s'engagent dans ce programme pilote.

Cette expérimentation pilote s'inscrit dans le cadre du programme de gestion du risque (GDR) relatif à l'amélioration de la pertinence des soins qui est initiée en 2013.

La démarche menée en Aquitaine par l'Agence Régionale de Santé (ARS) avec le réseau Périnat est la suivante :

- Appel à candidature des établissements de santé volontaires
- Lancement d'un programme d'accompagnement par l'ARS d'Aquitaine le 25 mars 2013
- Accompagnement des établissements de santé volontaires par les réseaux de périnatalité
- Retour auprès de la HAS sur les outils employés
- Diffusion des résultats

A la demande d'établissements adhérents, le CCECQA propose de les accompagner en mettant à leur disposition une grille de revue de pertinence réalisée en 2008 et actualisée en 2013 et d'organiser un temps collectif d'interprétation de leur résultats et d'identification d'actions d'amélioration par un partage d'expériences.

Objectif

Améliorer l'analyse obstétricale conduisant à poser l'indication de la césarienne.

Recommandations

- Recommandation de Bonne Pratique « Indications de la césariennes programmée à terme », HAS, janvier 2012.
- Contenu minimum obligatoire d'un compte-rendu de césarienne. CNGOF, Directive qualité, avril 2013.
- Recommandations pour la pratique clinique. Les grossesses gémellaires. CNGOF, 2009.

Définition

La césarienne programmée à terme est une césarienne planifiée (≥ 37 SA), en général, aux alentours de 39 SA et non liée à une situation d'urgence, apparaissant en dehors du travail ou au cours du travail.

La césarienne est une intervention chirurgicale au niveau de l'abdomen et de l'utérus qui permet l'accouchement. L'intervention est réalisée le plus souvent sous anesthésie locorégionale (rachianesthésie ou péridurale) ; seul le bas du corps est anesthésié, ce qui permet à la maman d'être consciente au moment de la naissance.

Coordination locale

Une équipe projet doit être constituée au niveau de la maternité. Les professionnels concernés sont 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 DIM et des représentants de la direction et de la cellule qualité. Un chef de projet est désigné au sein de l'équipe.

Méthode

1- Schéma d'étude

Il s'agit d'une revue de pertinence selon la méthodologie définie par la HAS¹, avec un recueil rétrospectif sur dossier-patient.

2- Population d'étude

La population d'étude est l'ensemble des patientes, ayant bénéficié d'un accouchement à terme (≥ 37 SA) par césarienne programmée à la maternité, en dehors de tout contexte d'urgence apparaissant en dehors du travail ou au cours du travail.

3- Echantillon d'étude

L'échantillon d'étude sera composé de toute patiente, quel que soit sa parité et son âge et ayant bénéficié d'un accouchement par césarienne programmée à terme (≥ 37 SA) à la maternité durant l'année en cours.

Par défaut, le niveau de l'évaluation est la maternité. Un nombre de 30 à 50 dossiers-patients répondant aux critères d'inclusion est préconisé. Pour une valorisation dans le cadre d'une évaluation des pratiques individuelles par praticien, le nombre de dossiers à analyser par praticien devra être de 10 dossiers.

La sélection des dossiers sera effectuée par le médecin DIM de l'établissement soit par tirage au sort, soit de façon exhaustive, sur l'année en cours ou N-1. Une sélection prospective, par série consécutive, est possible.

A titre indicatif, les codes suivants pourront être utilisés pour une extraction des dossiers par le DIM. Lorsqu'une césarienne est programmée avant le début du travail on emploie habituellement en code principal les catégories O30 à O36. Les diagnostics associés peuvent être, par exemple : O820, O828, O829. Le code CCAM utilisé est JQGA002 : accouchement par césarienne programmée, par laparotomie.

Sont concernées les patientes présentant une grossesse monofoetale ou une grossesse gémellaire bichoriales biamniotiques.

Sont exclues les patientes présentant les critères suivants :

- les indications d'une césarienne programmée avant terme (< 37 SA) ;

¹ Revue de pertinence des soins. Application aux admissions et aux journées d'hospitalisation. HAS, novembre 2004.

- les indications d'une césarienne liée à une situation d'urgence apparaissant avant le travail ou au cours du travail ;
- les césariennes programmées, réalisées en urgence antérieurement à la date initialement prévue
- les grossesses gémellaires monochoriales biamniotiques, les grossesses gémellaires monochoriales monoamniotiques, les autres grossesses multiples.

4- Recueil des données

Rappelons que cette démarche est fondée sur une auto-évaluation par les professionnels eux-mêmes. Le recueil sera organisé par le chef de projet. Une grille de recueil sera renseignée pour chaque patiente incluse, permettant de relever les indications de césarienne tracées dans le dossier-patient. L'auto-évaluation peut être conduite en binôme, avec la participation d'au moins un obstétricien.

5- Critères 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, **18 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 (grade C) ou avant 38 semaines d'aménorrhée pour les grossesses gémellaires bichoriales biamniotiques (grade C).
 - **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 (grade C)
 - **Critère 1b** : en cas d'antécédents de trois césariennes ou plus, il est recommandé de proposer une césarienne programmée (grade C)
 - **Critère 1c** : dans les autres situations dont l'utérus bicatriciel, le choix entre une tentative de voie basse ou une césarienne programmée se fait au cas par cas (grade C).
 - **Critère 2** : 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 (grade C).
- En cas de 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 (grade C) :
- **Critère 3a** : confrontation défavorable entre la pelvimétrie et l'estimation des mensurations fœtales ;
 - **Critère 3b** : déflexion persistante de la tête fœtale ;
 - **Critère 3c** : non coopération de la patiente.
 - **Critère 4a** : la césarienne programmée est recommandée en cas de poids fœtal estimé supérieur ou égal à 5 000 g (grade C).
 - **Critère 4b** : 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 (grade C).
 - **Critère 4c** : en présence d'un diabète, la césarienne programmée est recommandée en cas d'estimation du poids fœtal supérieur ou égal à 4 500 g (grade C).
 - **Critère 4d** : en présence d'un diabète et en raison de l'incertitude de l'estimation du poids foetal, 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 (grade C).
 - **Critère 4e** : en cas de suspicion de macrosomie et d'antécédents de dystocie des épaules compliquée d'élongation du plexus brachial, la césarienne programmée est recommandée (grade C)
 - **Critère 5a** : il est recommandé de réaliser une césarienne programmée en cas de charge virale supérieure à 400 copies VIH/ml (grade C)
 - **Critère 5b** : 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 croissante, une césarienne programmée est proposée. (accord d'experts)
 - **Critère 5c** : dans le cas d'une co-infection VIH/VHC, la césarienne programmée est recommandée en raison de l'augmentation du taux de transmission maternofoetale du VHC. (accord d'experts)
 - **Critère 6** : 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 (grade C)

- **Critère 7** : il existe des situations à risques pour lesquelles la césarienne programmée est nécessaire : placenta prævia recouvrant (accord d'experts)
- **Critère 8** : il existe par ailleurs des situations variées et plus rares où la réalisation d'une césarienne programmée est à discuter au cas par cas. Présentation vicieuse dont transverse, malformations fœtales et fœtopathies (anasarque, hernie diaphragmatique, thrombopénie fœtale, omphalocèle, laparoschisis, etc.), antécédents et pathologies maternelles intercurrentes (ex : accident vasculaire cérébral, etc...), problèmes périnéaux (antécédents de périnée complet compliqué, cure de prolapsus et/ou incontinence urinaire, etc...), risque hémorragique (placenta prævia non recouvrant), ou obstacles prævia (kystes ovariens et fibromes utérins) (accord d'experts).

6- Règles de décision

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 bénéfice/risque qui a amené à réaliser la césarienne avant 39 SA (ou 38 SA pour les grossesses gémellaires bichoriales biamniotiques) 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 ; ces situations feront l'objet d'un plan d'actions commun.

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

L'utérus cicatriciel n'est pas en lui-même une indication de césarienne programmée (grade C).

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 (accord d'expert).

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

La présentation par le siège n'est pas en elle-même une indication de césarienne programmée. (grade B)

En l'absence de diabète ou en cas d'utérus cicatriciel, la macrosomie n'est pas en elle-même une indication systématique de césarienne programmée (grade C).

Il n'est pas recommandé de réaliser une césarienne programmée dans le cas d'une mono infection par le VHC.

(grade C) 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 (grade C).

La demande maternelle n'est pas en soi une indication à la césarienne. Il est recommandé de rechercher les raisons spécifiques à cette demande, de les discuter et de les rapporter dans le dossier médical. (accord d'experts). Il est recommandé d'informer la patiente de la balance bénéfices/risques de la césarienne programmée par rapport à la tentative de voie basse dans sa situation particulière (grade C).

7- Saisie et analyse des données

La saisie et l'analyse des données se feront sur la plateforme eForap, permettant une saisie des données et une présentation des résultats standardisées. L'accès à eFORAP est gratuit pour les établissements adhérents du CCECQA et se fait par demande écrite à : Marion Kret ou Ahmed Djihoud – CCECQA – 05.57.65.61.35 - support.eforap@ccecqa.asso.fr. Le lien d'accès à eFORAP est : <http://ccecqa.wysuforms.net/c/eforap.exe/>.

Les données sont confidentielles et sont la propriété de l'établissement de santé.

8- Plan d'actions

Après la prise de connaissance des résultats par l'équipe projet et par les professionnels de la maternité, un temps doit être consacré à l'analyse des écarts entre la pratique réelle et la pratique attendue afin de définir des actions d'amélioration, un modèle de rédaction d'un plan d'actions est proposé en annexe 6.

Un atelier d'échanges de pratiques organisé et animé par le CCECQA permettra aux participants d'interpréter les résultats et de construire leur plan d'actions.

9- Communication et retour d'information

Il est important de communiquer en interne auprès de tous les professionnels concernés par l'étude, tout au long de la démarche (lancement, recueil, résultats...). Cette communication doit permettre aux professionnels d'adhérer à la démarche et aux actions d'amélioration qui en découleront. Une information régulière aux instances permet également de valoriser le projet.

Remarque : Une revue de pertinence repose sur une approche par comparaison à un ensemble de critères objectifs prédéterminés, standardisés, et validés. Si l'un d'entre eux est présent, les soins ou le programme de soins sont alors pertinents. Dans le cas de cet outil, à cet ensemble de critères, se rajoute un critère nécessaire mais pas suffisant pour juger la pertinence : l'âge gestationnel au moment de la césarienne. Nous avons toutefois choisi de considérer cet outil comme une revue de pertinence même si deux critères sont nécessaires pour valider la pertinence.

Grille de recueil

Etablissement : _____ Grille n° : _____
 Service : _____
 Date de l'évaluation : /__/__/____/ Code praticien : /__/____/
 Nom et fonction de l'évaluateur : _____

A. CRITERES CLINIQUES DE PERTINENCE DE LA CESARIENNE PROGRAMMEE

Grossesse monofoetale ET âge gestationnel \geq 39 SA	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<i>Si NON, allez directement au bloc B</i>
Grossesse gemellaire bichoriale biamniotique ET âge gestationnel \geq 38 SA	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<i>Si NON, allez directement au bloc B</i>
En lien avec un utérus cicatriciel par antécédents de césarienne			
1a. Cicatrice corporeale	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> NSP
1b. Au moins 3 antécédents de césarienne	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> NSP
1c. Autre situation dont utérus bicicatriciel ET discussion collégiale sur le cas de la patiente*	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> NSP
En lien avec une grossesse gémellaire			
2. J1 en siège ET discussion collégiale sur le cas de la patiente*	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> NSP
En lien avec une présentation par le siège			
3a. Confrontation défavorable entre la pelvimétrie et l'estimation des mensurations fœtales	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> NSP
3b. Déflexion persistante de la tête fœtale	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> NSP
3c. Non coopération de la patiente	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> NSP
En lien avec une macrosomie hors diabète			
4a. Poids fœtal estimé \geq 5000g	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> NSP
4b. Poids fœtal estimé entre 4500 et 5000g ET discussion collégiale sur le cas de la patiente*	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> NSP
En lien avec une macrosomie liée au diabète			
4c. Poids fœtal estimé \geq 4500g	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> NSP
4d. Poids fœtal estimé entre 4250 et 4500g ET discussion collégiale sur le cas de la patiente*	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> NSP
En lien avec une macrosomie et des antécédents de dystocie			
4e. Suspicion de macrosomie et antécédents de dystocie des épaules compliquée d'élongation du plexus brachial	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> NSP
En lien avec le VIH			
5a. Charge virale supérieure à 400 copies VIH/mL	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> NSP
5b. Charge virale comprise entre 50 et 400 copies VIH/mL et cinétique de la charge virale croissante	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> NSP
En Lien avec le VHC			
5c. Co-infection VIH/VHC	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> NSP
En lien avec le virus de l'herpès			
6. Primo infection herpétique après 35 SA	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> NSP
En lien avec des évènements plus rares			

7. Situation à risque de type placenta praevia recouvrant	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> NSP
8. Situations de fréquence plus rare (malformations fœtales et fœtopathies, antécédents et pathologies maternelles intercurrentes, problèmes périnéaux, présentation vicieuse dont transverse, risque hémorragique, ou obstacles praevia) ET discussion collégiale sur le cas de la patiente*	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> NSP

***Au cours de cette discussion collégiale, la balance bénéfique/risque doit être réalisée et tracée. On doit la retrouver dans le dossier patient.**

Consignes de remplissage

NSP : ne sait pas. Cochez NSP si l'information est suffisante pour savoir avec quel évènement est en lien la césarienne programmée mais qu'il est impossible d'être plus précis.

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

Césarienne programmée pertinente Age gestationnel conforme* ET au moins un « Oui » parmi les 18 critères	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
---	------------------------------	------------------------------

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

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

B. JUSTIFICATION DE LA CESARIENNE PROGRAMMEE NON PERTINENTE

<p>Césarienne programmée non pertinente mais justifiée : Malgré</p> <ul style="list-style-type: none"> - un âge gestationnel au moment de la réalisation de la césarienne programmée non conforme aux recommandations*, - ou l'absence de critères explicites (l'un des 18 cités ci-dessus), <p>L'évaluateur ou l'équipe projet estime l'indication de césarienne programmée justifiée.</p> <p>La trace de la balance bénéfique/risque doit être retrouvée dans le dossier.</p> <p>Ex : césarienne réalisée avant 39 SA pour obstacle praevia avec antécédents de saignement lors de la grossesse : risque de nouveau saignement jugé trop important</p>	<input type="checkbox"/> Oui
---	------------------------------

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

Indiquer en clair la justification*

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

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

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

Commentaires

Maquette de résultats (extrait)

Revue de pertinence des césariennes programmées à terme

CAMPAGNE N°

ANALYSE DES CESARIENNES PROGRAMMEES

Nombre total de patientes	0
Césariennes PERTINENTES	0 (0%)
Césariennes NON PERTINENTES et JUSTIFIEES	0 (0%)
Césariennes NON PERTINENTES et NON JUSTIFIEES	0 (0%)

Césarienne programmées et âge gestationnel (AG)

	AG non conforme*	AG conforme*
Nombre de patientes	0	0
Césariennes PERTINENTES	-	0 (0%)
Césariennes NON PERTINENTES et JUSTIFIEES	0 (0%)	0 (0%)
Césariennes NON PERTINENTES et NON JUSTIFIEES	0 (0%)	0 (0%)

Descriptif des critères cliniques de pertinence (AG conforme*)

Patients présentant les critères suivants :	nb	%
En lien avec un utérus cicatriciel par antécédents de césarienne	0	(0%)
1a. Cicatrice corporeale	0	(0%)
1b. Au moins 3 antécédents de césarienne	0	(0%)
1c. Autre situation dont utérus bicicatriciel ET discussion collégiale sur le cas de la patiente	0	(0%)
En lien avec une grossesse gémellaire	0	(0%)
2. J1 en siège ET discussion collégiale sur le cas de la patiente	0	(0%)
En lien avec une présentation par le siège	0	(0%)
3a. Confrontation défavorable entre la pelvimétrie et l'estimation des mensurations foetales	0	(0%)
3b. Déflexion persistante de la tête foetale	0	(0%)
3c. Non coopération de la patiente	0	(0%)
En lien avec une macrosomie hors diabète	0	(0%)
4a. Poids foetal estimé ≥ 5000g	0	(0%)
4b. Poids foetal estimé entre 4500 et 5000g ET discussion collégiale sur le cas de la patiente	0	(0%)
En lien avec une macrosomie liée au diabète	0	(0%)
4c. Poids foetal estimé ≥ 4500g	0	(0%)
4d. Poids foetal estimé entre 4250 et 4500g ET discussion collégiale sur le cas de la patiente	0	(0%)
En lien avec une macrosomie et des antécédents de dystocie	0	(0%)
4e. Suspicion de macrosomie et atcd de dystocie épaules, compliquée d'élongation du plexus brachial	0	(0%)
En lien avec le VIH	0	(0%)
5a. Charge virale supérieure à 400 copies VIH/mL	0	(0%)
5b. Charge virale comprise entre 50 et 400 copies VIH/mL et cinétique de la charge virale croissante	0	(0%)
En lien avec le VHC	0	(0%)
5c. Co-infection VIH/VHC	0	(0%)
En lien avec le virus de l'herpès	0	(0%)
6. Primo infection herpétique après 35 SA	0	(0%)
En lien avec des événements plus rares	0	(0%)
7. Situation à risque de type placenta praevia recouvrant	0	(0%)
8. Situations de fréquence plus rare ET discussion collégiale sur le cas de la patiente	0	(0%)

*Il est recommandé de ne pas faire une césarienne programmée avant 39 SA pour les grossesses monofoetale (grade C) ou avant 38 SA pour grossesse gémellaire

Comparaison des 3 dernières campagnes

		%
		- - - = CAMPAGNES
Nombre total de patientes		
Césariennes PERTINENTES		
Césariennes NON PERTINENTES et JUSTIFIEES		
Césariennes NON PERTINENTES et NON JUSTIFIEES		
AG non conforme* (nombre de patientes)		
Césariennes NON PERTINENTES et JUSTIFIEES		
Césariennes NON PERTINENTES et NON JUSTIFIEES		
AG conforme* (nombre de patientes)		
Césariennes PERTINENTES		
Césariennes NON PERTINENTES et JUSTIFIEES		
Césariennes NON PERTINENTES et NON JUSTIFIEES		
Descriptif des critères cliniques de pertinence (AG conforme*)		
En lien avec un utérus cicatriciel par antécédents de césarienne		
1a. Cicatrice corporeale		
1b. Au moins 3 antécédents de césarienne		
1c. Autre situation dont utérus bicatriciel ET discussion collégiale sur le cas de la patiente		
En lien avec une grossesse gémellaire		
2. J1 en siège ET discussion collégiale sur le cas de la patiente		
En lien avec une présentation par le siège		
3a. Confrontation défavorable entre la pelvimétrie et l'estimation des mensurations foetales		
3b. Déflexion persistante de la tête foetale		
3c. Non coopération de la patiente		
En lien avec une macrosomie hors diabète		
4a. Poids foetal estimé ≥ 5000g		
4b. Poids foetal estimé entre 4500 et 5000g ET discussion collégiale sur le cas de la patiente		
En lien avec une macrosomie liée au diabète		
4c. Poids foetal estimé ≥ 4500g		
4d. Poids foetal estimé entre 4250 et 4500g ET discussion collégiale sur le cas de la patiente		
En lien avec une macrosomie et des antécédents de dystocie		
4e. Suspicion de macrosomie et acd de dystocie épaules, compliquée d'élongation du plexus brachial		
En lien avec le VIH		
5a. Charge virale supérieure à 400 copies VIH/mL		
5b. Charge virale comprise entre 50 et 400 copies VIH/mL et cinétique de la charge virale croissante		
En lien avec le VHC		
5c. Co-infection VIH/VHC		
En lien avec le virus de l'herpès		
6. Primo infection herpétique après 35 SA		
En lien avec des événements plus rares		
7. Situation à risque de type placenta praevia recouvrant		
8. Situations de fréquence plus rare ET discussion collégiale sur le cas de la patiente		

*Il est recommandé de ne pas faire une césarienne programmée avant 39 SA pour les grossesses monofoetale (grade C) ou avant 38 SA pour grossesse gémellaire

Modèle de plan d'actions

Nom de l'établissement :

Service concerné :

Point d'amélioration mis en évidence :

Définition d'un point d'amélioration : c'est une étape du processus (une tâche, une activité, l'application d'une procédure...) qui est plus faible (variabilité des pratiques, défaut de traçabilité, vulnérabilité de la sécurité....) que les autres étapes.

SITUATION A ATTEINDRE
QUOI ?
QUI ?
OU ?
QUAND ?
COMMENT ?
COMBIEN ?

Quelles sont les causes des écarts mis en évidence par rapport à la situation à atteindre ? (causes professionnelles, organisationnelles, institutionnelles)

Quel est l'objectif à atteindre (avec indicateur de réalisation le cas échéant) ?

Quelles actions d'amélioration sont envisagées ?

Actions (plusieurs actions par objectif)	Responsable pouvant porter l'action	Acteurs incontournables (nom, profil, institution...)	Moyens pressentis	Difficultés prévisibles	Date butoir de mise en place