



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

ANALYSE ET AMÉLIORATION DES PRATIQUES

Césarienne programmée à terme

Optimiser la pertinence du parcours de la patiente

Synthèse de l'expérimentation de 2013 à 2014

Novembre 2014

Document téléchargeable sur
www.has-sante.fr

Haute Autorité de santé

Service documentation – Information des publics
2, avenue du Stade de France – F 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex
Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00 – Fax : +33 (0)1 55 93 74 00

Sommaire

Messages clés	4
Introduction	6
1. Démarches d'amélioration de la pertinence	8
1.1 Qui	8
1.2 Quel objectif	9
1.3 Plan d'actions	10
1.4 Communication.....	12
2. Conduite de projet	13
2.1 Pilotage du projet.....	13
2.2 Accompagnement de la démarche.....	14
2.3 Facteurs de réussite	14
Perspectives	16
Annexe 1. Site Internet de la HAS « césarienne programmée à terme »	17
Annexe 2. Taux des césariennes à terme de 2011 à 2013	20
Annexe 3. Expérimentation césarienne - Lancement - 2013.....	25
Annexe 4. Expérimentation césarienne programmée à terme - étape	27
Références	32
Remerciements.....	34

Messages clés

L'expérimentation est conduite dans le cadre d'un programme d'optimisation de la pertinence du parcours du patient

L'hétérogénéité du taux de césariennes programmées, qui varie entre 2 et 20 % en France, interroge sur les raisons de tels écarts. Les tentatives d'accouchement par voie basse réussies, en cas de facteur de risque (par exemple utérus cicatriciel ou présentation par le siège), ont la morbidité la plus faible pour la femme et le nouveau-né. Un [programme d'optimisation de la pertinence du parcours](#) des femmes enceintes pouvant nécessiter une césarienne programmée à terme¹ a été développé avec plusieurs volets :

- La production par la Haute Autorité de santé (HAS) en 2012 de recommandations de bonne pratique, de documents d'information destinés aux femmes enceintes et d'un guide d'analyse et amélioration des pratiques.
- Une expérimentation de la mise en œuvre de ces productions, pour engager une démarche d'amélioration de la qualité des soins, conduite en 2013 et 2014 par des équipes volontaires dans près d'un tiers des maternités de France.
- Le recueil des outils et des témoignages produits par les équipes pour un partage d'expériences diffusé sur le site de la HAS.
- Une étude des caractéristiques des 165 maternités volontaires ainsi que l'évolution de leur taux de césariennes entre 2011 et 2013. Une mise à jour intégrera les résultats de 2014.

La synthèse de l'expérimentation fait le bilan des enseignements produits durant ces deux dernières années, concernant d'une part les démarches des équipes de maternités, d'autre part le pilotage d'un projet d'une telle envergure. Il faut attendre les résultats des actions mises en œuvre en 2014 pour évaluer l'impact du programme.

Cette expérimentation est remarquable par plusieurs aspects

- l'ampleur de l'engagement des régions et des établissements de santé ;
- son pilotage exemplaire associant les professionnels de santé et les institutions : la Fédération française des réseaux de santé en périnatalité (FFRSP), le Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF), le Collège des sages-femmes, l'Etat représenté par la DGOS² relayée en région par les ARS³ et la HAS ;
- la mise en œuvre d'un programme multi-facettes apportant aux équipes de maternité, à leurs correspondants et aux femmes des documents d'information et des guides, un accompagnement méthodologique et une aide à la conduite de projet.

Elle est également révélatrice de besoins

- d'un levier national pour coordonner et valoriser les démarches ;
- d'outils « clé en main » avec la proposition de démarches toutes prêtes et de plateformes électroniques de gestion de données ;
- de formation à la culture qualité, que ce soit dans les équipes de professionnels de santé, les établissements de santé, les réseaux ou les ARS.

¹ http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1726022/fr/cesarienne-programmee-a-terme-optimiser-la-pertinence-du-parcours-de-la-patiente?xtmc=&xtcr=3

² Direction générale de l'offre de soins

³ Agences régionales de santé

L'expérimentation confirme l'importance d'actions congruentes pour la mise en œuvre de recommandations professionnelles.

Seul un plan d'actions concret défini et conduit par les professionnels eux-mêmes peut entraîner un changement de leur pratique. La mise à disposition de recommandations et d'outils ne suffit pas. Le soutien et le suivi de la démarche par un « facilitateur » ou *Quality manager* sont indispensables pour l'avancement du projet.

L'essentiel dans la démarche est de choisir un objectif d'amélioration de sa pratique utile pour la patiente et son nouveau-né. L'objectif de qualité exprime le résultat à atteindre. C'est une recommandation, sous forme de verbe d'action, associée à un critère de réussite. Le plan d'action résulte de l'analyse des causes pouvant expliquer l'écart entre le résultat souhaité et la pratique constatée. Il comprend un suivi de ses effets. Communiquer sur la démarche permet de la valoriser et de partager l'expérience acquise.

Pour ne pas perdre du temps et de l'énergie :

- ne pas déléguer la démarche à un tiers, alors que le changement ne peut être mis en œuvre que par celui qui la réalise ;
- ne pas accumuler des données qui ne seront pas utilisées.

Optimiser la pertinence de la césarienne programmée à terme implique de s'intéresser non seulement aux césariennes programmées à terme, mais à toutes les femmes susceptibles d'en avoir une. Envisager un accouchement par voie basse en cas de situation exposant à une césarienne programmée évitera un certain nombre d'utérus cicatriciel nécessitant une réflexion sur le mode d'accouchement lors de la grossesse suivante. Partager la décision concernant le mode d'accouchement entre confrères en cas de facteur de risque participe à la réduction de l'hétérogénéité des pratiques.

Introduction

L'expérimentation conduite par 165 maternités en France dans le cadre du programme « Césarienne programmée à terme : optimiser la pertinence du parcours de la patiente » a trois objectifs :

- Tester un guide d'analyse et amélioration des pratiques⁴.
- Partager les retours d'expériences, les outils d'analyse et amélioration de la pratique développés par les équipes de terrain comme les témoignages sur les facteurs facilitants et les difficultés rencontrées dans la conduite de la démarche.
- Tester une modalité de pilotage et d'accompagnement.

La synthèse de l'expérimentation fait le bilan des enseignements produits durant ces deux dernières années, concernant d'une part les démarches des équipes de maternités, d'autre part le pilotage d'un projet d'une telle envergure.

Contexte

Depuis 2011, un groupe national de concertation, piloté par le ministère de la Santé, est chargé de conduire la stratégie d'amélioration de la pertinence des soins⁵. La césarienne programmée à terme fait partie d'un ensemble d'actes ciblés prioritairement du fait notamment de leur fréquence, de la disparité des pratiques⁶ et d'une dynamique d'augmentation. Depuis début 2013, ce programme d'amélioration de la pertinence des soins est mis en œuvre en région dans le cadre du programme de gestion « du » risque (assurantiel)⁷.

La prise de conscience de l'importance de la recherche d'une pertinence des stratégies médicales pour la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins s'est également traduite par des propositions de l'Académie de médecine⁸ sur la réforme des études, les bonnes pratiques cliniques, l'organisation des soins, la valorisation de la qualité dans le financement et une campagne nationale de mobilisation du public.

Enjeux

L'hétérogénéité du taux de césariennes programmées, qui varie entre 2 et 20 % en France, interroge sur les raisons de tels écarts. Les tentatives d'accouchement par voie basse réussies, en cas de facteur de risque, ont la morbidité la plus faible pour la femme et le nouveau-né. Le facteur de risque le plus fréquent est un antécédent de césarienne (65 % d'accouchements par césarienne itérative)⁹.

La dynamique d'augmentation de toutes les césariennes est par ailleurs une préoccupation internationale dans les pays occidentaux¹⁰.

⁴ http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1294171/fr/cesarienne-programmee-a-terme-optimiser-la-pertinence-du-parcours-de-la-patiente?xtmc=&xtcr=1

⁵ <http://www.sante.gouv.fr/pertinence-des-soins.html>

⁶ Weeks BW, Paraponaris A, Ventelou B. *Geographic variation in rates of common surgical procedures in France in 2008-2010, and comparison to the US and Britain*, Health Policy (2014).

⁷ Instruction N° DSS/MCGR/CNAMTS/2013/119 du 1er février 2013 relative aux priorités de gestion du risque en 2013. Annexe n°3 : mise en place d'un programme de GDR consacré à l'amélioration de la pertinence des soins - http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2013/03/cir_36683.pdf

⁸ Mornex R. Améliorer la pertinence des stratégies médicales. Académie nationale de médecine, avril 2013. <http://www.academie-medecine.fr/publication100100055/>

⁹ Haute Autorité de Santé. Indications de la césarienne programmée à terme. 2012. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1070417/indicationsde-la-cesarienne-programmee-a-terme

¹⁰ Delbaere I, Cammu H, Martens E, Tency I, Martens G, Temmerman M. *Limiting the caesarean section rate in low risk pregnancies is key to lowering the trend of increased abdominal deliveries: an observational study*. BMC Pregn Childbirth 2012, 12:3. <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/12/3>

Programme

Cette expérimentation s'intègre dans un programme d'optimisation de la pertinence du parcours des femmes enceintes pouvant nécessiter une césarienne programmée à terme avec :

- La production par la Haute Autorité de santé (HAS) en 2012 de recommandations de bonne pratique, de documents d'information destinés aux femmes enceintes et d'un guide d'analyse et amélioration des pratiques.
- Une expérimentation de la mise en œuvre de ces productions, pour engager une démarche d'amélioration de la qualité des soins, conduite en 2013 et 2014 par des équipes volontaires dans près d'un tiers des maternités de France.
- Le recueil des outils et des témoignages produits par les équipes pour un partage d'expériences diffusé sur le site de la HAS (voir l'annexe 1).
- Une étude des caractéristiques des 165 maternités volontaires ainsi que l'évolution de leur taux de césariennes entre 2011 et 2013 (voir l'annexe 2). Une mise à jour intégrera les résultats de 2014.

Les démarches se poursuivent au-delà du périmètre de l'expérimentation, avec de nouvelles équipes et pour les équipes volontaires de nouveaux objectifs de qualité.

Calendrier

Le directeur général de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) a lancé un appel à volontariat le 29 novembre 2012 par une instruction aux Agences régionales de santé (ARS) ; la Fédération française des réseaux de santé en périnatalité (FFRSP) a informé les réseaux en décembre 2012.

En parallèle, le taux attendu de césariennes programmées à terme, par région et par établissement de santé a été diffusé. Ce taux est calculé à partir des données disponibles dans le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) pour tenir compte des facteurs de risque de césarienne programmée à terme. Il n'y a pas de norme ; ce taux sert d'alerte en cas d'écart important avec le taux constaté (par rapport à la moyenne nationale corrigée selon les facteurs de risque).

Trois séminaires organisés au ministère de la santé ont jalonné l'expérimentation :

- Un séminaire de lancement le 11 février 2013 pour informer les représentants des ARS et des réseaux des régions volontaires (voir l'annexe 3).
- Un séminaire d'étape le 9 janvier 2014 pour un premier partage d'expériences sur le choix d'objectifs de qualité (voir l'annexe 4).
- Un séminaire de résultats le 13 novembre 2014 ; il conclut l'accompagnement apporté par la DGOS et la HAS sur cette thématique. Il est accompagné de la diffusion de cette synthèse.

Des visio-conférences organisées en 2013 par les ARS avec les réseaux et les équipes volontaires ont permis aux membres du comité de pilotage de l'expérimentation d'explicitier la démarche d'optimisation de la pertinence du parcours de la femme enceinte pouvant nécessiter une césarienne programmée à terme.

1. Démarches d'amélioration de la pertinence

L'essentiel dans la démarche

Choisir un objectif d'amélioration de sa pratique utile pour les patientes et leurs nouveaux-nés.

- Décider de mettre en œuvre une recommandation professionnelle ou réfléchir après un événement indésirable.
- Etablir un plan d'action faisable, avec calendrier, pour changer sa pratique.
- Mesurer un critère de réussite.
- Communiquer sur les résultats auprès de l'équipe et des correspondants libéraux, de la gouvernance (établissement de santé, ARS), des patientes et de leur entourage, des autres équipes (partage d'expérience) en France et à l'international (articles et congrès).

A éviter

Perdre du temps et de l'énergie.

- Déléguer la démarche à un tiers, alors que le changement ne peut être mis en œuvre que par celui qui la réalise.
- Accumuler des données qui ne seront pas utilisées.

1.1 Qui

Seuls ceux qui souhaitent changer leur pratique mettront en œuvre un plan d'actions d'amélioration utile, résultant de leur réflexion sur la pertinence du parcours de la femme enceinte.

D'abord moi

Déléguer la réalisation d'une enquête de pratique à un étudiant pour son mémoire de fin d'études (par exemple) est intéressant pour connaître l'activité du service ; néanmoins cette enquête de pratique, si elle apporte des informations pouvant être utiles pour une démarche qualité, ne change en rien les pratiques par elle-même. Or se lancer dans une démarche qualité signifie :

- s'interroger sur ce que **je** fais,
- en référence à une recommandation valide que **je** souhaite appliquer,
- pour analyser les causes des écarts entre ce que je veux faire et ce qui est réellement fait,
- et déployer un plan d'actions avec calendrier pour améliorer ce qui est fait,
- avec la définition d'un critère de réussite pour juger de l'efficacité de mon plan d'actions.

« Chronophage », « manque de personnel », « perte de temps » sont des termes retrouvés dans les témoignages sur les difficultés rencontrées. C'est pourquoi la démarche doit aller directement à l'essentiel, avec du sens visible pour la patiente. Prendre le temps de réfléchir à sa pratique, faire « un arrêt sur image », est essentiel pour lutter contre le « *burn-out* » et ne pas s'épuiser dans une course en avant délétère.

Avec mes pairs et ma patiente

Le premier niveau d'une démarche d'amélioration est de changer seul un aspect de sa pratique, par exemple à la suite d'une nouvelle recommandation. Lorsqu'on se lance dans une évaluation de sa pratique (je regarde ce qui se passe réellement et non seulement ce que je pense), on

s'aperçoit vite que la mise en œuvre des recommandations dépend non seulement de sa propre pratique, mais aussi des actions de tous les professionnels intervenant dans le parcours du patient et du patient lui-même, avec le besoin de partage d'information et de coordination. Le deuxième niveau d'une démarche d'amélioration devient alors le partage de décisions :

- avec les pairs : de nombreuses équipes ont mis en place un staff pour décider à plusieurs du mode d'accouchement en cas d'utérus cicatriciel, de présentation par le siège ou de suspicion de macrosomie ;
- avec la femme enceinte : de nombreuses équipes ont choisi comme thématique l'information. Cette information est efficace si elle consiste à échanger d'une part sur les représentations de la patiente, notamment ses craintes concernant le mode d'accouchement ; d'autre part sur les éléments de la balance bénéfices-risques des différentes options.

Avec tous ceux impliqués dans le suivi de grossesse

Le troisième niveau consiste à mettre en place une coordination de tous les intervenants dans le suivi de la grossesse pour une optimisation du parcours de la femme, c'est-à-dire une démarche d'amélioration du processus de soins. Ce niveau nécessite une acculturation des équipes pour comprendre les enjeux et la finalité de cette approche. C'est pourquoi il était demandé aux équipes de décrire le parcours de la patiente non seulement au bloc opératoire, mais depuis le début de la grossesse ; et d'associer les professionnels de ville et de la maternité pour une réflexion commune (voir l'annexe 3). Aucune équipe n'y est parvenue au cours de l'expérimentation. Un premier pas est d'inviter les gynécologues-obstétriciens libéraux au staff de la maternité. La phase ultime, sans doute utopique pour l'instant, est de faire participer une femme pouvant nécessiter une césarienne programmée à terme.

Pour en savoir plus : le projet d'assurance de qualité pour le développement international met à disposition une monographie disponible en français, « Un paradigme moderne pour l'amélioration de la qualité¹¹ », sur les différents niveaux de la démarche d'amélioration de la qualité dans le domaine des soins de santé, avec des exemples très concrets.

1.2 Quel objectif

Sans objectif explicite, pas d'amélioration utile pour la patiente. L'objectif de qualité exprime le résultat à atteindre. C'est une recommandation, sous forme de verbe d'action, associée à un critère de réussite.

Exemple de l'information de la patiente

De nombreuses équipes ont choisi comme thématique l'information de la patiente. Le guide d'analyse et amélioration des pratiques propose un chemin clinique spécifique de l'information de la femme enceinte pouvant nécessiter une césarienne. Il est possible de l'utiliser tel quel, de l'adapter comme l'ont fait certaines équipes, ou d'en extraire des objectifs sur lesquels l'équipe souhaite se focaliser en priorité. Par exemple, un objectif de qualité peut être « Partager la réflexion sur la décision du mode d'accouchement avec la femme enceinte » avec 3 critères issus du chemin clinique :

- Explorer les représentations maternelles et ses craintes concernant le mode d'accouchement¹².

¹¹ Massoud R, Askov K, Reinke J, Franco LM, Bornstein T. Un Paradigme Moderne pour l'Amélioration de la Qualité. Quality Assurance Project/URC, 2002. <https://www.usaidassist.org/resources/un-paradigme-moderne-pour-l%E2%80%99am%C3%A9lioration-de-la-qualit%C3%A9>

¹² Dweik D, Girasek E, Meszaros G, Toreki A, Kereszturi A, Pal A. *Non-medical determinants of cesarean section in a medically dominated maternity system.* Acta Obstet Gynecol Scand 2014; 93: 1025–33.

- Informer la femme enceinte et son entourage sur la balance bénéfiques/risques selon le mode d'accouchement par tentative de voie basse ou césarienne programmée à terme.
- Informer la femme enceinte et son entourage sur les critères de décision du mode d'accouchement.

La traçabilité ne peut pas être un objectif de qualité. C'est un moyen, soit pour atteindre le résultat poursuivi, par exemple lorsqu'on remplit une liste de tâches dans une *check-list* ou dans un chemin clinique¹³ ; soit pour mesurer le résultat des actions d'amélioration. « Tracer la remise du document d'information à la femme enceinte » n'est pas un objectif de qualité ; d'une part parce que la traçabilité n'est pas un résultat à atteindre pour la femme ; d'autre part parce que la remise de document d'information participe à un faisceau d'actions pour arriver au résultat d'information de la patiente mais n'est pas suffisante par elle-même.

La mesure du résultat de l'information nécessite une enquête auprès des femmes. Le site de la HAS¹⁴ propose une enquête élaborée par une équipe engagée dans l'expérimentation, pour les femmes après césarienne programmée à terme. Idéalement cette enquête serait administrée à toutes les femmes pouvant nécessiter une césarienne, et non seulement après décision de césarienne programmée ; avant l'accouchement afin de pouvoir ajuster l'information.

Choisir un objectif

Plusieurs modes d'entrée sont possibles :

- Partir d'une recommandation à appliquer, comme réaliser les césariennes programmées sur grossesse mono-fœtale après 39 semaines d'aménorrhées (SA). Le guide fait un rappel des principales recommandations.
- Réunir tous les professionnels engagés dans la démarche autour de quelques dossiers de femmes pouvant nécessiter une césarienne ou ayant eu une césarienne programmée à terme, pour décider ensemble d'une amélioration à apporter en priorité.
- Analyser un événement indésirable avec comme objectif qu'il ne se reproduise pas.
- Etudier le parcours générique d'une femme enceinte en fonction de facteurs de risque pouvant nécessiter une césarienne, tels qu'ils sont proposés dans le guide, et choisir une étape à améliorer.
- Utiliser une enquête de pratique ou une revue de pertinence⁴, voire une enquête d'expérience du patient¹⁵, pour déterminer un élément à améliorer en priorité.

L'objectif doit être faisable, avec un résultat visible pour la femme, un fort potentiel d'amélioration, concerner une action fréquente ou avec des conséquences potentiellement graves.

1.3 Plan d'actions

Le plan d'actions résulte de l'analyse des causes pouvant expliquer l'écart entre le résultat souhaité et la pratique constatée. Il comprend un suivi de ses effets.

Actions d'amélioration

Mettre en place une solution stéréotypée sans diagnostic préalable ne sert à rien, voire peut être délétère. Une action d'amélioration a pour but de mettre en œuvre une recommandation (valide, basée sur des critères factuels et évalués) et de résoudre des dysfonctionnements.

Comprendre pourquoi certaines césariennes programmées de grossesse mono-fœtale ont été réalisées avant 39 SA nécessite de revoir l'organisation des soins et la coordination entre les pro-

¹³ http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_436520/fr/chemin-clinique?xtmc=&xtcr=1

¹⁴ http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1726027/fr/cesarienne-programmee-a-terme-retours-dexperience

¹⁵ Mesure de l'expérience du patient. Analyse des initiatives internationales. HAS Compaq-HPST Inserm 2011 http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1055814/rapport-experience-patient

fessionnels¹⁶. Seule cette compréhension permettra une décision adaptée de changement de certaines pratiques pour améliorer le processus de soins.

Les actions les plus efficaces sont la mise en place de « barrières » rendant impossible la réalisation d'un acte indésirable ; par exemple le refus de faire une échographie de cicatrice utérine ou une demande d'imagerie pelvienne demandant de cocher le motif, sans case prévue pour un utérus cicatriciel. L'implication des patients avec leur formation ont également prouvé leur efficacité¹⁷ ; les patients sont les premiers concernés par l'amélioration de la pertinence des soins ! Par ailleurs une meilleure information des patients diminue le nombre de recours en justice.

De nombreuses actions ayant montré leur intérêt pour diminuer les césariennes inutiles sont rapportées dans la littérature¹⁸ (voire quelques exemples en annexe 4) comme dans les témoignages des équipes diffusés sur le site de la HAS.

Décider du mode d'accouchements à plusieurs

Partager la décision participe à la réduction de l'hétérogénéité des pratiques. C'est rassurant pour la femme de savoir que la décision est prise après une discussion selon plusieurs critères explicites et partagée par une équipe. Cela résout un problème fréquemment rapporté par les équipes de décision d'un mode d'accouchement par le gynécologue-obstétricien qui a suivi la grossesse, décision non suivie au moment de l'accouchement par le gynécologue-obstétricien de garde.

L'indication de césarienne programmée à terme est prise au dernier trimestre, avec une réflexion sur la balance bénéfices risques, en tenant compte des préférences de la patiente. Il est très difficile de revenir sur une assertion du type « vous avez déjà eu une césarienne ou c'est un siège, vous aurez donc une césarienne programmée » prodiguée au moment du diagnostic de grossesse ou de l'échographie.

Améliorer la gestion des tentatives de voies basses

Optimiser la pertinence de la césarienne programmée à terme implique de s'intéresser non seulement aux césariennes programmées à terme, mais à toutes les femmes susceptibles d'en avoir une. Un accouchement par voie basse en cas de suspicion de macrosomie évitera une réflexion devant un utérus cicatriciel lors de la grossesse suivante.

Cette amélioration passe déjà en amont par la remise du compte-rendu opératoire à la femme avant sa sortie après césarienne, pour faciliter la réflexion lors de la grossesse suivante.

Mieux gérer les tentatives de voie basse signifie mieux gérer l'accompagnement du travail spontané et les césariennes en urgence qui peuvent en résulter, avec une organisation couvrant 24 heures.

Des programmes de simulation peuvent être suivis par les gynécologues-obstétriciens pour se former à la gestion de tentatives d'accouchements par voie basse en cas de situation exposant à une césarienne programmée, notamment en cas de jumeaux ou de présentation par le siège.

¹⁶ Berrien K, Devente J, French A, Cochran KM, McCaffrey M, Horton BJet al. *The Perinatal Quality Collaborative of North Carolina's 39 Weeks Project: A Quality Improvement Program to Decrease Elective Deliveries Before 39 Weeks of Gestation*. N C Med J. 2014;75(3):169-76

¹⁷ Haute Autorité de Santé. Etat des lieux. Patient et professionnels de santé : décider ensemble. Concept, aides destinées aux patients et impact de la « décision médicale partagée ». 2013. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1671523/fr/patient-et-professionnels-de-sante-decider-ensemble

¹⁸ Lagrew D. *Strategies for Reducing Unncessary Cesarean Sections.Proceedings of the First Baby Initiative Meeting*. July 29, 2011; Charleston, West Virginia. <http://www.wvperinatal.org/wp-content/uploads/2014/08/First-Baby-Initiative-Proceeding-Notes.pdf>

Suivre dans le temps les résultats obtenus

Quelques indicateurs sont proposés dans le guide. Evaluer les résultats du plan d'action permet de juger de l'efficacité des efforts entrepris et de corriger certains effets indésirables.

Pour en savoir plus : la pratique basée sur les faits intègre les connaissances scientifiques, l'expérience clinique et les valeurs du patient. Sa mise en œuvre est développée dans un ouvrage de référence sur l'*Evidence-Based Practice*¹⁹, illustré d'exemples d'erreurs de pratique liées à des opinions fausses et d'expériences réussies de changement des organisations de santé.

1.4 Communication

Communiquer sur la démarche permet de la valoriser et de partager l'expérience acquise.

Suivi de la démarche d'optimisation de la pertinence

Les équipes doivent être les premières informées de l'avancement de la démarche et des résultats obtenus. La reconnaissance de l'intérêt des efforts consentis entretient l'enthousiasme indispensable à la poursuite de la démarche.

Valorisation de la démarche

Ces efforts sont à valoriser auprès :

- de la direction de l'établissement de santé, à qui sont demandés les moyens humains et matériels ;
- des patients, que l'existence d'une démarche qualité rassurera ;
- des correspondants, qui pourront être associés à cette démarche ;
- des tutelles comme l'Agence régionale de santé pour négocier le contrat pluri-annuel d'objectifs et de moyens ;
- et dans des dispositifs tels que la certification des établissements de santé, l'accréditation des médecins ou le développement professionnel continu.

La publicité faite autour de la démarche participe à sa pérennisation.

Partage d'expérience (parangonnage)

Les retours d'expérience alimentent les démarches des autres équipes. Il est plus facile d'adapter un outil déjà développé que d'en créer un. Les témoignages sur les facteurs facilitants et les difficultés rencontrées peuvent aider d'autres équipes à avancer plus vite. Les idées des uns font surgir celles des autres.

Tous les supports sont utiles : réunion de service ; article dans le journal de l'établissement, de la société professionnelle ou un journal international ; sites Internet ; abstract, poster ou présentation en congrès ; présentation devant d'autres professionnels, programmes de formation ; etc.

¹⁹ Houser J, Oman KS. Evidence-Based Practice, *An Implementation Guide for Healthcare Organizations*. NY: Jones & Bartlett Learning, 2011.

2. Conduite de projet

Tester une modalité de pilotage et d'accompagnement

- Les professionnels de santé sont spécialistes du suivi de grossesse mais pour la plupart néophytes dans la démarche qualité.
- La latitude laissée pour le choix de la démarche a provoqué un flou au démarrage. Il n'est pas facile de transformer les « ingrédients » fournis par le guide (outils d'analyse et d'amélioration) en un « plat comestible » (changement de pratique utile pour la patiente).

2.1 Pilotage du projet

Le projet a bénéficié d'un pilotage national de la DGOS relayée par les ARS. Ce levier national a créé une forte dynamique, illustrée par le nombre des régions (14) et maternités (un tiers) volontaires.

Comité de pilotage

Un comité de pilotage restreint opérationnel a assuré la coordination de l'expérimentation. Il réunissait des représentants de la DGOS, la HAS, la FFRSP, des gynécologues-obstétriciens et des sages-femmes (voir le détail de sa composition page 34).

Agences régionales de santé

Les ARS sont intervenues à différents niveaux et avec des modes de coopération avec les réseaux variables selon les régions. Certaines ont organisé des réunions avec les équipes et les réseaux, d'autres ont seulement transmis le calendrier et délégué l'organisation aux réseaux, en fonction de la maturité dans la culture qualité des uns et des autres.

Cadrage

Le cadrage méthodologique était souple, afin de laisser toute latitude aux équipes de choisir la démarche la plus utile pour l'amélioration de leurs pratiques et des soins rendus aux patientes. Cette souplesse a désorienté certains professionnels qui ont préféré commencer par une enquête de pratique, avec des grilles pré-établies de critères à compléter sur étude de dossier.

Le calendrier était quant à lui contraint, rythmé par 3 séminaires au ministère de la santé à Paris. Les dates butoir pour remettre un rapport d'étape et un rapport final participent à la structuration du projet au sein de l'établissement.

Communication

Le programme a été présenté au *Guidelines International Network* (GIN) de San-Francisco en 2013²⁰. Il a été présenté aux ARS par la DGOS au cours d'ateliers inter-régionaux sur la pertinence des soins.

Les diaporamas présentés aux séminaires d'étape et de résultats sont diffusés sur le site de la HAS (voir annexe 1).

L'expérimentation a été présentée en 2014 aux rencontres régionales de la HAS²¹, à l'assemblée générale de la Fédération française des réseaux de santé en périnatalité (FFRSP), au salon de la

²⁰ <http://www.gin2013.net/>

²¹ http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1718160/fr/rencontres-regionales-has-marseille-6-fevrier-2014?xtmc=&xtr=3
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1723449/fr/rencontres-regionales-has-strasbourg-25-mars-2014?xtmc=&xtr=2

santé et de l'autonomie dans une table ronde « La pertinence en questions », dans des communiqués de presse et des lettres de la HAS²².

2.2 Accompagnement de la démarche

Le rôle des ARS et des réseaux de périnatalité a été variable en fonction des degrés de maturité de ces structures et de la mise à disposition de personnes référentes.

National

Les visio-conférences régionales ont permis d'articuler les rôles respectifs de la HAS, des ARS et des réseaux. Une discussion entre tous les protagonistes permet de partager les mêmes consignes et objectifs. Il a été précisé qu'il n'y avait pas d'objectif quantifié sur le taux de césarienne, en l'absence de connaissance d'un hypothétique taux idéal. Il a été rappelé à chaque fois l'intérêt de s'intéresser à toutes les grossesses avec facteur favorisant de césarienne programmée à terme, et non seulement aux dossiers de césariennes programmées à terme sélectionnés à partir du PMSI.

Il a manqué une réunion de lancement pour chaque maternité, afin d'accompagner le démarrage concret de la démarche avec la formulation d'un objectif de qualité opérationnel.

Le soutien méthodologique de la HAS était possible par courriel et par téléphone, sur demande. Les interlocuteurs ont été variés : ARS, réseaux, responsables qualité, chefs de service, cadres de santé, gynécologues-obstétriciens. La relecture d'outils (grilles d'audits, enquêtes auprès des patientes, etc) ou de supports de communication a pu être l'occasion d'éclaircir certains points et de relancer le projet. Tous ces échanges ont donné la matière de ce document.

Les réseaux de santé en périnatalité

Certains réseaux ont organisé une enquête de pratique à partir de dossiers de césarienne programmée à terme, avec une analyse collective, en Aquitaine, Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées, Pays-de-Loire et Provence-Alpes-Côte-d'Azur.

En Aquitaine, le Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine (CCECQA) a mis à disposition une plateforme de saisie de revue de pertinence et organisé un séminaire de restitution régional en partenariat avec le réseau périnatal ; ce séminaire a permis des échanges entre les différentes équipes engagées en Aquitaine et l'ARS. Un groupe de travail régional a été mis en place pour discuter des justifications des césariennes programmées non pertinentes.

2.3 Facteurs de réussite

Le soutien et le suivi de la démarche par un facilitateur ou *Quality manager* sont indispensables pour l'avancement du projet.

Dans la littérature

Le projet DUQue²³, « *Deepening our Understanding of Quality Improvement in Europe*²⁴ », financé par l'Union européenne, porté par 7 pays dont la France, est un projet de recherche sur les stratégies d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins mises en place dans les établissements

²²

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/1098486/fr/webzine-resultat-de-recherche-req/iter?types=generated.ArticleWebzine&types=generated.SmallNews&types=generated.Newsletter&textSearch=true&ext=pertinence&opSearch=&cidsfilter=c_1151845

²³

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1094277/fr/impact-le-projet-duque-deepening-our-understanding-of-quality-improvement-in-europe-recherche-europeenne

²⁴

<http://www.duque.eu/>

de santé et leurs facteurs de réussite. Les stratégies d'amélioration qui se situent au plus près des équipes de « première ligne » sont celles dont les effets positifs sont les mieux montrés. Elles demandent le soutien de la gouvernance du service et de l'établissement et l'accompagnement par un gestionnaire de la qualité « *Quality manager* ».

Le rapport d'évaluation des projets pour améliorer l'organisation et la coordination des parcours de santé des personnes âgées à risque de dépendance²⁵ recommande entre autres la mise en place d'appuis au niveau de la région ou du territoire de santé ; ces appuis peuvent correspondre à des facilitateurs, sous la forme de pairs intervenant auprès des professionnels pour les aider à mettre en œuvre leur projet, ou à des formations pluri professionnelles ciblées. Un autre levier proposé est l'organisation de retours d'information réguliers sur l'avancement du projet et sur son impact.

D'après les témoignages des équipes engagées

Un calendrier explicite et suivi, ainsi qu'une fonction de coordination du projet et d'animation des réunions, sont deux piliers essentiels pour soutenir la démarche.

L'expérience dans la démarche qualité facilite la compréhension du sens de la démarche, pour tous les acteurs. Par ailleurs, l'harmonisation des consignes entre DGOS, ARS, HAS, réseaux, référents de la démarche, cadres et responsables qualité est primordiale pour que tous suivent la même direction.

La qualité des conditions de travail, avec une équipe stable et suffisante pour assurer la permanence des soins, est un préalable matériel et psychologique pour se lancer dans une aventure nouvelle en sus du travail quotidien. Analyser sa pratique et réfléchir à des changements à apporter à l'organisation des soins nécessitent une certaine disponibilité d'esprit. Il s'agit de faire « un pas de côté » en marge du suivi des patientes, pour éclairer ce suivi afin de l'améliorer.

Créer une équipe entre professionnels hospitaliers et libéraux pour harmoniser les pratiques est un défi à surmonter pas à pas dans la durée. Des formations communes ou une démarche d'amélioration de la qualité sont des occasions de nouer des liens et construire des procédures ensemble.

Acquérir les bases de la démarche qualité requiert une formation spécifique. Chaque démarche construite avec son équipe enrichit l'expérience acquise et les compétences utiles à la conduite de tels projets. Une formation en équipe ou l'accompagnement par un pair avec de l'expérience dans ce domaine sont primordiaux pour ne pas s'épuiser dans des actions peu efficaces. Dans le cas de l'expérimentation sur la thématique césarienne programmée à terme, le rôle de formateur a été essentiellement joué par les réseaux. En l'absence d'un soutien concret sur le terrain par un expert de la méthode d'amélioration de la qualité, certaines équipes ont abandonné la démarche.

²⁵ Haute Autorité de Santé. Rapport d'évaluation des expérimentations menées dans le cadre de l'article 70 de la Loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012. 2014. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1747548/fr/experimentation-article-70

Perspectives

Il faut attendre les résultats des actions mises en œuvre en 2014 pour juger de l'impact du programme d'optimisation de la pertinence des césariennes programmées à terme. Y aura-t-il une diminution de l'hétérogénéité des pratiques ? L'évolution sera-t-elle différente dans les maternités engagées dans la démarche par rapport à l'ensemble des maternités ? Le programme comporte de nombreux éléments autres que l'expérimentation, qui peuvent avoir par eux-mêmes un effet, comme la diffusion de nouvelles recommandations en 2012.

Démarche suivante

Après être partis de l'analyse de dossiers de patientes ayant accouché par césarienne programmée à terme, les équipes se sont intéressées aux tentatives de voie basse en cas de facteur de risque. Certaines équipes ont continué leur démarche qualité sur la gestion des déclenchements avec la mise en place de protocoles et une meilleure surveillance du rythme cardiaque fœtal et de ses facteurs de ralentissement, en suivant des formations dédiées. Une étude américaine²⁶ montre qu'un programme d'amélioration de la sécurité comprenant un protocole unique d'ocytocine a entraîné une baisse du taux de césariennes dans leur ensemble.

Formation à la démarche qualité

La « culture qualité » doit intégrer la formation initiale. Il s'agit d'un état d'esprit permettant la mise en place ultérieure de l'*evidence based practice*. Cela nécessite de changer de paradigme pour partir d'une évaluation des acquis afin de faire évoluer les objectifs pédagogiques et non produire un jugement ; pour utiliser des faits et non des opinions dans la définition de ces objectifs. L'apprentissage de l'analyse critique de la littérature scientifique prépare la formation à l'analyse critique de la pratique et de l'organisation des soins.

Facilitateur

Il se dégage de cette expérimentation, comme d'autres déploiements de programme d'amélioration de la qualité et sécurité des soins, le besoin d'un nouveau métier de « facilitateur » pour accompagner les démarches qualité : organiser et animer les réunions, aider à formuler l'objectif, proposer un calendrier, communiquer.

Ce regard extérieur est important pour aider à sortir des préjugés et opinions et se concentrer sur les faits concrets et les critères explicites.

Certains réseaux ont pu prodiguer ce rôle de facilitateur. C'est le rôle joué dans certaines régions par les structures régionales d'appui réunies au sein de la Forap²⁷. Il faudra professionnaliser ce nouveau métier afin d'accompagner d'autres thématiques, en partenariat avec les ARS pour une intégration dans la politique régionale de santé.

²⁶ Grunebaum A, Dudenhausen J, Chervenak FA, Skupski D. *Reduction of cesarean delivery rates after implementation of a comprehensive patient safety program*. J Perinat Med 2013;41:51–5

²⁷ Fédération des Organismes régionaux et territoriaux pour l'amélioration des pratiques et organisations en santé. <http://www.forap.fr/>

Annexe 1. Site Internet de la HAS « césarienne programmée à terme »

Césarienne programmée à terme : optimiser la pertinence du parcours de la patiente

Devant l'hétérogénéité des pratiques de césarienne programmée à terme, la HAS a développé un programme d'optimisation de sa pertinence. Les travaux sont menés en **partenariat** avec les professionnels, gynécologues obstétriciens (Collège national des gynécologues et obstétriciens de France CNGOF), sages-femmes (Collège national des sages-femmes), qualité, pédiatres ; les femmes représentées par l'association Césarine ; les réseaux de périnatalité (réunis en Fédération FFRSP) et certaines structures régionales d'évaluation ; la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et les Agences régionales de santé (ARS).

Recommandation de bonne pratique

- Décrire la morbidité maternelle et périnatale liées aux césariennes.
 - Préciser les indications des césariennes programmées.
- Proposer un document d'information pour les patientes et leur entourage sur les conséquences et risques associés à la césarienne afin de réduire l'hétérogénéité des informations qui leur sont transmises.

Guide d'analyse et amélioration des pratiques

Le guide, conçu comme une boîte à outils, propose des parcours types de femmes enceintes pouvant nécessiter une césarienne programmée en fonction de facteurs de risque (utérus cicatriciel, présentation par le siège, etc.). Ce document permet de choisir et d'accéder en un clic à l'étape du parcours qui doit faire l'objet d'un plan d'amélioration, avec une sélection d'objectifs de qualité issus des recommandations, des outils d'analyse de la pratique tels que des chemins cliniques, des critères d'évaluation ou des grilles de pertinence, des exemples d'actions d'amélioration et des indicateurs pour suivre l'impact de la démarche. L'approche par « parcours patient » retenue par la HAS permet une meilleure coordination de tous les acteurs, dont la patiente et son entourage, pour garantir la prise en charge la plus pertinente possible, à savoir la bonne intervention de santé, au bon moment, au bon endroit.

Deux documents d'information destinés aux femmes enceintes

En France, près d'une femme sur cinq donne naissance par césarienne que celle-ci soit programmée ou réalisée en urgence.

- [La césarienne programmée à terme - Document d'information destiné aux femmes enceintes](#)
Ce document d'information a pour but d'expliquer pourquoi certaines femmes doivent avoir cette intervention. Il devrait permettre de mieux dialoguer avec les professionnels de santé.
- [La césarienne : ce que toute femme enceinte devrait savoir...](#)
Ce document d'information destiné aux femmes enceintes et à leur entourage a pour objectifs d'expliquer pourquoi chez certaines femmes une césarienne est réalisée et de décrire les différentes étapes de cette intervention.

Retours d'expérience

Le [déploiement de la démarche](#) dans 120 maternités permet de partager les [outils adaptés par les équipes et les témoignages](#) sur les facteurs de succès et les difficultés rencontrées.

Un séminaire d'étape le 9 janvier 2014 a donné lieu à des interventions résumées dans un diaporama.



Mis en ligne le 10 mars 2014

En savoir +

- [Césariennes programmées à terme : des maternités s'engagent dans l'optimisation de la pertinence](#)
- [Dossier pertinence des soins sur le site du ministère des Affaires sociales et de la Santé](#)

Césarienne programmée à terme : déploiement de la démarche

La démarche d'optimisation de la pertinence du parcours de la femme enceinte pouvant nécessiter une césarienne programmée à terme est expérimentée par 165 équipes de maternités (32 % des 507 maternités). Ces maternités sont représentatives de l'ensemble des maternités françaises en termes de type et de statut, bien que leur recrutement se soit fait par un appel à candidature volontaire. Un séminaire de lancement le 11 février 2013 a présenté le programme aux Agences régionales de santé (ARS) et aux réseaux de périnatalités chargés d'accompagner les équipes dans leur démarche. Les réseaux et les équipes ont adapté les outils mis à leur disposition selon leurs besoins ; certains en ont produit d'autres. Les retours d'expérience, comprenant outils utilisés et témoignages des équipes, sont en ligne. Un séminaire d'étape le 9 janvier 2014 a permis aux professionnels, aux réseaux et aux représentants de patientes d'échanger sur leurs expériences en présence de représentants d'ARS, de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et de la HAS avec plus de 100 personnes réunies. Les interventions sont résumées dans un diaporama.



Ce déploiement de programme d'optimisation de la pertinence fournit plusieurs **enseignements** :

- L'importance d'un partenariat entre les institutions pour le pilotage du projet (DGOS relayée par les ARS) et d'un accompagnement méthodologique (HAS relayée par les réseaux de périnatalité).
- L'importance de prendre le temps de se réunir entre acteurs participant au suivi de la grossesse (de différentes professions et différents modes d'exercice) pour définir ensemble un premier objectif de qualité, basé sur une recommandation valide ; participer à la réflexion est un levier indispensable pour changer sa pratique. Décider ensemble d'un but à atteindre peut se faire au cours d'une réunion avec l'étude de quelques dossiers, sans nécessité d'audit de pratique préalable. Le guide fait un rappel des principales recommandations professionnelles pour faciliter ce choix.
- Les deux objectifs de qualité plébiscités sont la réalisation de la césarienne après 39 SA (semaines d'aménorrhée) et le partage de la réflexion avec la femme enceinte et son entourage sur le mode d'accouchement, avec l'aide d'outils structurés, pour une compréhension mutuelle des bénéfices et des risques des différentes options ainsi que des représentations et valeurs personnelles qui influencent la décision.

Documents

- [Expérimentation césarienne - Lancement - 2013](#) (📄 41,3 Ko) 🎧 Écouter
- [Expérimentation césarienne programmée à terme - étape](#) (📄 56,86 Ko) 🎧 Écouter
- [Expérimentation césarienne - Taux 2011 à 2013](#) (📄 14,69 Mo) 🎧 Écouter
- [Taux césarienne à terme 2011](#) (📄 513,63 Ko) 🎧 Écouter
- [Codes CCAM CIM10 accouchement 2011x](#) (📄 16,73 Ko) 🎧 Écouter
- [Césarienne - Diaporama - Séminaire d'étape](#) (📄 5,04 Mo) 🎧 Écouter
- [Programmes d'Amélioration des Pratiques \(PAP\)](#) (📄 52,62 Ko) 🎧 Écouter

Mis en ligne le 10 mars 2014

En savoir +

- Césarienne programmée à terme : optimiser la pertinence du parcours de la patiente
- Césarienne programmée à terme : retours d'expérience
- Césarienne programmée à terme : guide d'analyse et d'amélioration des pratiques
- Optimiser la pertinence du parcours des femmes enceintes avant une césarienne programmée à terme
- Dossier pertinence des soins sur le site du ministère des Affaires sociales et de la Santé

Césarienne programmée à terme : retours d'expérience









Devant l'hétérogénéité des pratiques de césarienne programmée à terme, la HAS a élaboré une recommandation de bonne pratique et un guide d'analyse et amélioration des pratiques, avec un ensemble de supports (parcours selon les facteurs de risque, chemin clinique, fiche d'information...) pour faciliter des démarches qualité. Ce travail a été mené en partenariat avec les professionnels, gynécologues obstétriciens (Collège national des gynécologues et obstétriciens de France CNGOF), sages-femmes (Collège national des sages-femmes), qualitiens, pédiatres ; les femmes représentées par l'association Césarine, les réseaux de périnatalité (réunis en Fédération FFRSP) et certaines structures régionales d'évaluation, la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et les Agences régionales de santé (ARS).

Sur cette base, les équipes d'obstétrique étaient invitées à mettre en œuvre un programme d'optimisation de la pertinence des soins à partir d'une analyse de leur pratique pour identifier un objectif concret de qualité (pratique souhaitée). 165 équipes volontaires, soit un tiers des maternités, se sont engagées. Les retours d'expérience décrivent les démarches et partagent les outils utilisés. Ils comprennent les témoignages sur les facteurs de succès et les difficultés rencontrées dans la conduite de projet et la mise en œuvre des recommandations.

Retours d'expérience par région

- [Alsace - Césarienne programmée 2014](#) ()
- [Aquitaine - Césarienne programmée 2013](#) ()
- [Auvergne - Césarienne programmée 2013](#) ()
- [Bourgogne - Césarienne programmée 2013](#) ()
- [Bretagne - Césarienne programmée 2014](#) ()
- [Champagne-Ardenne - Césarienne programmée 2013](#) ()
- [Languedoc-Roussillon - Césarienne programmée 2013](#) ()
- [Limousin - Césarienne programmée 2014](#) ()
- [Midi-Pyrénées - Césarienne programmée 2013](#) ()
- [PACA - Césarienne programmée 2013](#) ()
- [Pays de Loire - Césarienne programmée 2013](#) ()
- [Rhône-Alpes - Césarienne programmée 2014](#) ()

Retours d'expérience par type d'outils

- [Revue de pertinence](#) ()
- [Chemin clinique](#) ()
- [Enquête auprès des patientes](#) ()
- [Audit par facteur de risque \(quel que soit le mode d'accouchement\)](#) ()
- [Document d'information césarienne](#) ()
- [Audit du compte-rendu opératoire \(césarienne programmée\)](#) ()
- [Audits de pratique \(césarienne programmée\)](#) ()
- [Suivi de démarche d'amélioration](#) ()

Documents

- [Programmes d'Amélioration des Pratiques \(PAP\)](#) ( 52,62 Ko)  Écouter
- [RPC uterus cicatriciel CNGOF 2012](#) ( 907,25 Ko)  Écouter

Mis en ligne le 02 avr. 2014

Annexe 2. Taux des césariennes à terme de 2011 à 2013

Messages clés

Devant l'hétérogénéité des pratiques de césarienne programmée à terme, un **programme d'optimisation de la pertinence du parcours** des femmes enceintes pouvant nécessiter une césarienne programmée à terme a été développé.

Le programme comprend :

- La production par la HAS en 2012 de recommandations de bonne pratique, de documents d'information destinés aux femmes enceintes, et d'un guide d'analyse et amélioration des pratiques.
- Une expérimentation en 2013 et 2014 par un tiers des maternités de France, sur la base du volontariat, de la mise en œuvre de ces productions pour engager une démarche d'amélioration de la qualité des soins.
- Le recueil des outils et des témoignages produits par les équipes pour un partage d'expériences diffusé au cours de 3 séminaires et sur le site de la HAS.

Ce document présente une étude des caractéristiques des 165 maternités volontaires ainsi que l'évolution des taux de césariennes en France entre 2011, avant le début du programme, et 2013. Les principaux constats sont :

- La part des césariennes programmées à terme parmi les césariennes à terme présente une même tendance significative à la baisse entre 2011 et 2013, dans les maternités engagées ou non.
- Les maternités engagées dans la démarche sont représentatives de l'ensemble des maternités françaises en termes de type et de statut, bien que leur recrutement se soit fait par un appel à candidature volontaire.
- De manière globale, le taux annuel de césariennes programmées parmi l'ensemble des accouchements à terme s'élève à 7.5 % en moyenne (2 à 20 %). Le taux national moyen de césariennes à terme (programmées ou non) s'élève à 19 % ; il est stable entre 2011 et 2013. Il n'y a pas de différence significative entre les maternités engagées ou non.

Même si le chiffre idéal du nombre de césariennes programmées à terme est inconnu, il est important de diminuer la disparité des pratiques entre les équipes. Un des enjeux de ces démarches d'optimisation de la pertinence est d'augmenter en toute sécurité les tentatives d'accouchement par voie basse. Une des causes principales de césarienne programmée évitable²⁸ est l'utérus cicatriciel ; diminuer les césariennes programmées inutiles chez les femmes primipares aurait donc un effet vertueux dans l'avenir.

Les résultats de l'expérimentation du programme, dont les plans d'actions ne sont pas encore tous mis en place, pourront être analysés en 2015.

²⁸ Coulm B, Blondel B, Alexander S, Bouvain M, Le Ray C. *Potential avoidability of planned cesarean sections in a French national database*. Acta Obstet Gynecol Scand 2014; 93: 905–12.

Part des césariennes programmées à terme dans les maternités participant à l'expérimentation

Maternités engagées dans la démarche d'analyse et amélioration de la pertinence (ordonnées selon le taux de césariennes programmées à terme)	Region	Nombre d'accouchements à terme en 2013	% de césariennes programmées / Accts à terme en 2013	Nombre de césariennes programmées à terme en 2013	% de césariennes programmées / césariennes à terme en 2013
CH de MONT-de-MARSAN	Aquitaine	1283	2,5	32	25,2
CH de GRASSE	Provence-Alpes-C	1549	3,5	54	29,8
CH de BAGNOLS-sur-CEZE	Languedoc-Roussi	973	3,8	37	31,1
CHI d'EAUBONNE-MONTMORENCY	Île de France	2272	3,8	87	24,3
CH de la COTE-BASQUE à Bayonne	Aquitaine	2023	3,9	78	33,6
CH du MANS	Pays de Loire	3592	3,9	140	27,9
CHI SUD-GIRONDE à Langon	Aquitaine	733	4	29	23,4
CH de SELESTAT	Alsace	1064	4,2	45	32,4
CH d'ANCENIS	Pays de Loire	833	4,3	36	39,1
CH de CHAUMONT	Champagne-Arden	592	4,4	26	32,1
CHI du HAUT-ANJOU à Château-Gontier	Pays de Loire	941	4,4	41	36,6
GH EST-REUNION à Saint-Benoît	La Réunion	1286	4,4	57	24,8
CHU REUNION à Saint-Pierre	La Réunion	5640	4,5	252	28,4
CH de FONTAINEBLEAU	Île de France	1399	4,6	65	27,4
CH de SAINT-DENIS	Île de France	3527	4,7	167	21,1
CH de PERIGUEUX	Aquitaine	1613	4,9	79	28,3
CH de CAHORS	Midi-Pyrénées	673	4,9	33	31,4
CHI des PORTES-de-l'OISE à Beaumont	Île de France	1012	4,9	50	26
Clinique LA-SAGESSE à Rennes	Bretagne	3023	5	150	33,6
CHU d'ANGERS	Pays de Loire	3586	5	180	32,9
CH d'ALBI	Midi-Pyrénées	1172	5	59	31,4
CH ARIEGE-COUSERANS à Saint-Giron	Midi-Pyrénées	214	5,1	11	30,6
CHU de BORDEAUX	Aquitaine	4220	5,1	215	34
CHI de VILLENEUVE-SAINT-GEORGES	Île de France	2354	5,1	121	24,8
CH de BEZIERS	Languedoc-Roussi	1286	5,2	67	31,6
Clinique JULES-VERNE à Nantes	Pays de Loire	3124	5,2	162	40,5
CHG LES-CHANAUX à Mâcon	Bourgogne	1606	5,2	83	48
CH ANNECY-GENEVOIS	Rhône-Alpes	2329	5,2	122	29
CHIC de CASTRES	Midi-Pyrénées	1298	5,2	67	31,5
CH ANTIBES-JUAN-les-PINS à Antibes	Provence-Alpes-C	976	5,3	52	31,3
CH de CHAMBERY	Rhône-Alpes	3082	5,3	163	27
CHI du PAYS-du-MONT-BLANC à Sallanches	Rhône-Alpes	1229	5,3	65	27,7
CHD VENDEE à la Roche-sur-Yon	Pays de Loire	2408	5,3	127	31,6
CH d'ARGENTEUIL	Île de France	2891	5,3	154	34,1
Clinique DURIEUX au Tampon	La Réunion	970	5,3	51	26,6
CH ROBERT-MORLEVAT à Semur-en-Auxois	Bourgogne	479	5,4	26	35,1
CH de MELUN	Île de France	2458	5,4	133	34,1
CH de BOURG-en-BRESSE	Rhône-Alpes	1997	5,5	110	35
Polyclinique BORDEAUX-RIVE-DROITE à Lormont	Aquitaine	1483	5,5	81	33,2
Clinique SAINT-PIERRE à Perpignan	Languedoc-Roussi	1295	5,6	73	29,8
CH SUD-FRANCIEN à Corbeil-Essonnes	Île de France	4097	5,7	234	28,3
CHU de NICE	Provence-Alpes-C	2482	5,8	143	28,3

Optimiser la pertinence de la césarienne programmée à terme

Maternités engagées dans la démarche d'analyse et amélioration de la pertinence (ordonnées selon le taux de césariennes programmées à terme)	Region	Nombre d'accouchements à terme en 2013	% de césariennes programmées / Accts à terme en 2013	Nombre de césariennes programmées à terme en 2013	% de césariennes programmées / césariennes à terme en 2013
CH de MILLAU	Midi-Pyrénées	291	5,8	17	34,7
Hôpitaux du BASSIN-de-THAU à Sètes	Languedoc-Roussillon	744	5,8	43	36,8
CHU de MONTPELLIER	Languedoc-Roussillon	2918	5,8	169	31,8
CH de SAUMUR	Pays de Loire	1245	5,8	72	34
MSPB BAGATELLE à Talence	Aquitaine	2180	5,9	128	34,8
CH de PERPIGNAN	Languedoc-Roussillon	1584	5,9	93	32
Clinique SARRUS-TEINTURIERS à Toulouse	Midi-Pyrénées	3554	6	213	37,3
CH de SAINT-GAUDENS	Midi-Pyrénées	499	6	30	36,1
CH de LIBOURNE	Aquitaine	1439	6	86	30,5
CH de CHOLET	Pays de Loire	1895	6	114	37
CH de BRIVE-la-GAILLARDE	Limousin	755	6,1	46	36,8
CH de GUERET	Limousin	557	6,1	34	29,6
CH NORD-MAYENNE à Mayenne	Pays de Loire	738	6,1	45	33,6
CH de FONTENAY-le-COMTE	Pays de Loire	799	6,1	49	33,1
CH de CAYENNE	Guyane	2182	6,1	134	29,1
CHI LOIRE-VENDEE-OCEAN à Challans	Pays de Loire	841	6,3	53	38,1
CH de CARCASSONNE	Languedoc-Roussillon	1672	6,4	107	30
CH JEAN-LECLAIRE à Sarlat-la-Caneda	Aquitaine	346	6,4	22	29,7
CH GABRIEL-MARTIN à Saint-Paul	La Réunion	1677	6,4	107	35,7
Clinique de l'UNION à Saint-Jean	Midi-Pyrénées	984	6,5	64	32,8
Clinique WALLERSTEIN à Arès	Aquitaine	321	6,5	21	30,9
CH de DRAGUIGNAN	Provence-Alpes-Côte d'Azur	935	6,5	61	39,4
CHU de LIMOGES	Limousin	2328	6,5	151	33,3
CHR de TOULOUSE	Midi-Pyrénées	4022	6,6	267	34,1
CH de VIENNE	Rhône-Alpes	1752	6,6	116	42
CHU de NANTES	Pays de Loire	3343	6,6	219	35,9
CH de SAINT-DIZIER	Champagne-Ardenne	874	6,6	58	33,9
CH d'ARDECHE-NORD à Annonay	Rhône-Alpes	684	6,7	46	36,5
CH d'ALES	Languedoc-Roussillon	1372	6,7	92	30,9
Polyclin. de l'ATLANTIQUE à Saint-Herblain	Pays de Loire	4461	6,7	299	41,4
CH de DAX	Aquitaine	1109	6,8	75	41,9
Clinique JEANNE-d'ARC au Port	La Réunion	1084	6,8	74	27,7
CH du HAUT-BUGEY à Oyonnax	Rhône-Alpes	623	6,9	43	36,1
CH du PAYS-de-GIER à Saint-Chamond	Rhône-Alpes	921	6,9	64	42,1
GH privé CENTRE-ALSACE à Colmar	Alsace	815	6,9	56	36,6
CH d'USSEL	Limousin	243	7	17	38,6
CH de SAINT-NAZAIRE	Pays de Loire	2719	7	189	48
CH de VITRY-le-FRANCOIS	Champagne-Ardenne	356	7	25	42,4
CHI du LEMAN à Thonon-les-Bains	Rhône-Alpes	1485	7	104	37
Polyclinique SAINT-JEAN à Melun	Île de France	573	7	40	30,3
CH de PONTOISE	Île de France	4290	7	299	36,7
Hôpital privé NORD-PARISIEN à Sarcelles	Île de France	1556	7	109	31,2

Optimiser la pertinence de la césarienne programmée à terme

Maternités engagées dans la démarche d'analyse et amélioration de la pertinence (ordonnées selon le taux de césariennes programmées à terme)	Region	Nombre d'accouchements à terme en 2013	% de césariennes programmées / Accts à terme en 2013	Nombre de césariennes programmées à terme en 2013	% de césariennes programmées / césariennes à terme en 2013
CH de CANNES	Provence-Alpes-C	1461	7,1	104	32,2
CH de FIRMINY	Rhône-Alpes	1338	7,1	95	39,4
Clinique DIACONAT-FONDERIE à Mulhouse	Alsace	1710	7,1	122	35,4
Clinique du PONT-de-CHAUME à Montauban	Midi-Pyrénées	864	7,1	61	37,7
CH de GONESSE	Île de France	2099	7,1	148	31,7
CH de BELLEY	Rhône-Alpes	487	7,2	35	42,7
CH de VILLEFRANCHE-de-ROUERGUE	Midi-Pyrénées	526	7,2	38	34,5
Polyclinique du LITTORAL à Saint-Brieuc	Bretagne	836	7,2	60	42,9
CH de LAVAL	Pays de Loire	1528	7,2	110	41,5
CH de SAINT-JUNIEN	Limousin	404	7,2	29	40,8
CH de TROYES	Champagne-Arden	2125	7,3	156	35
Clinique KENNEDY à Nîmes	Languedoc-Roussi	1061	7,3	77	37,6
Clinique CLEMENTVILLE à Montpellier	Languedoc-Roussi	2316	7,3	170	40,6
CH de VITRE	Bretagne	811	7,3	59	35,8
Clinique CROIX-SAINT-MICHEL à Montauban	Midi-Pyrénées	657	7,3	48	33,1
CH de RODEZ	Midi-Pyrénées	1184	7,4	88	43,1
CH de VALENCE	Rhône-Alpes	2056	7,4	153	41,8
CHI du VAL-d'ARIEGE à Foix	Midi-Pyrénées	1003	7,5	75	34,4
Polyclinique CHAMPEAU à Béziers	Languedoc-Roussi	1497	7,5	112	41
Polyclinique SAINTE-THERESE à Sète	Languedoc-Roussi	401	7,5	30	42,3
CH de CHATEAUBRIANT	Pays de Loire	640	7,5	48	40,7
CH de DECAZEVILLE	Midi-Pyrénées	288	7,6	22	45,8
CH d'AUCH	Midi-Pyrénées	875	7,7	67	42,7
CH privé à SAINT-GREGOIRE	Bretagne	2235	7,7	173	40,8
CH de BOURGOIN-JALLIEU	Rhône-Alpes	1039	7,8	81	39,9
Polyclinique du GRAND-SUD à Nîmes	Languedoc-Roussi	1624	7,9	128	36
Clin. NOTRE-DAME-d'ESPERANCE à Perpignan	Languedoc-Roussi	1730	7,9	136	41,6
Clinique BRETECHE-VIAUD à Nantes	Pays de Loire	1380	8	111	44,2
CH des SABLES-d'OLONNE	Pays de Loire	599	8	48	51,1
Polyclinique du PARC à Cholet	Pays de Loire	1049	8,1	85	43,4
Clinique de l'ANJOU à Angers	Pays de Loire	2103	8,1	170	42,4
Clinique du PARISIS à Cormeilles-en-Parisis	Île de France	874	8,1	71	36,8
Clinique SAINT- LOUIS à Ganges	Languedoc-Roussi	243	8,2	20	43,5
CH de SAINT-MALO	Bretagne	1275	8,2	104	43,5
CH d'AGEN	Aquitaine	857	8,2	70	43,8
Polyclinique de NAVARRE à Pau	Aquitaine	1609	8,3	133	47,7
CH d'ARPAJON	Île de France	1173	8,4	99	39,6
Polyclinique COURLANCY à Reims	Champagne-Arden	1784	8,5	152	44,3
CH de THANN	Alsace	461	8,5	39	43,3
HOSPICES CIVILS de Lyon	Rhône-Alpes	9121	8,5	772	46,1
Clinique de l'UNION à Vaulx-en-Velin	Rhône-Alpes	1183	8,5	100	38,5
Clinique des EMAILLEURS à Limoges	Limousin	1114	8,6	96	40,9

Maternités engagées dans la démarche d'analyse et amélioration de la pertinence (ordonnées selon le taux de césariennes programmées à terme)	Region	Nombre d'accouchements à terme en 2013	% de césariennes programmées / Accts à terme en 2013	Nombre de césariennes programmées à terme en 2013	% de césariennes programmées / césariennes à terme en 2013
Polyclinique SAINT-JEAN à Cagnes-sur-mer	Provence-Alpes-C	1085	8,7	94	36,9
Clinique AMBROISE-PARE à Toulouse	Midi-Pyrénées	3540	8,7	307	46
CH de MENDE	Languedoc-Roussi	449	8,7	39	46,4
CH de BIGORRE à Tarbes	Midi-Pyrénées	807	9	73	43,5
Clinique du VAL-d'OUEST à Ecully	Rhône-Alpes	2783	9	251	53,6
Clinique SAINT-CHARLES à la Roche-sur-Yon	Pays de Loire	770	9	69	47,6
GCS AUBAN-MOET et SAINT-VINCENT à Epernay	Champagne-Arder	594	9,1	54	42,9
CHI de FREJUS	Provence-Alpes-C	1390	9,1	127	52
Polyclinique SAINT-ROCH à Montpellier	Languedoc-Roussi	2970	9,3	276	49,4
CH de SAINT-PALAIS	Aquitaine	151	9,3	14	41,2
CH de NARBONNE	Languedoc-Roussi	757	9,5	72	50,3
CHI d'ALBERTVILLE	Rhône-Alpes	926	9,5	88	39,6
CH de BERGERAC	Aquitaine	951	9,6	91	45
CHU de NIMES	Languedoc-Roussi	1817	9,6	175	43,2
Clinique PASTEUR-LANROZE à Brest	Bretagne	829	9,8	81	44,8
Clinique SAINTE-ANNE (GHSV) à Strasbourg	Alsace	1717	9,8	169	42,1
Clinique SAINT-JEAN à Toulon	Provence-Alpes-C	1432	9,8	141	37,6
CH MARMANDE à Tonneins	Aquitaine	807	9,9	80	47,9
Hôpital privé PAYS-de-SAVOIE à Annemasse	Rhône-Alpes	1196	9,9	118	45,4
Clinique CONTI à l'Isle-Adam	Île de France	860	10	86	36,1
CH de la HAUTE-GIRONDE à Blaye	Aquitaine	447	10,1	45	56,3
Polyclinique SAINT-MARTIN à Pessac	Aquitaine	500	10,2	51	47,7
Clinique LAFOURCADE à Bayonne	Aquitaine	1123	10,2	114	46,9
CH de TULLE	Limousin	569	10,4	59	45,7
Hôpitaux DROME-NORD à Romans-sur-Isère	Rhône-Alpes	1287	10,5	135	56,7
Clinique du TONKIN à Villerbanne	Rhône-Alpes	916	10,5	96	64
Clin. PASTEUR (HPDA) à Guilhaing-Granges	Rhône-Alpes	1275	10,7	136	44,7
Polyclinique NORD-AQUITAINE à Bordeaux	Aquitaine	2744	10,7	293	46,9
Clinique SAINT-GEORGE à Nice	Provence-Alpes-C	1729	10,9	188	45,1
Clinique ESQUIROL-SAINTE-HILAIRE à Agen	Aquitaine	957	11,2	107	58,5
Hôp. privé de la LOIRE (CHPL) à Saint-Etienne	Rhône-Alpes	1625	11,4	185	54,3
CH de VIERZON	Centre	492	12,2	60	47,2
Clinique CLAUD-BERNARD à Ermont	Île de France	1881	12,4	234	39,5
CH de SAINTE-FOY-LES-LYON	Rhône-Alpes	1235	12,5	154	51,9
Polyclinique JEAN-VILLAR à Bruges	Aquitaine	924	12,8	118	48,4
Clinique SAINT-GERMAIN à Brive-la-Gaillarde	Limousin	741	13	96	42,7
Hôpital privé NATECIA à Lyon	Rhône-Alpes	3580	13	465	47,8
Clin. SAINT-JEAN-LANGUEDOC à Toulouse	Midi-Pyrénées	724	13,1	95	46,6
Clinique d'OCCITANIE au Muret	Midi-Pyrénées	507	13,8	70	57,4

Annexe 3. Expérimentation césarienne - Lancement - 2013

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'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 orientés sur la prise en compte de la pertinence du parcours du patient, avec deux productions de la HAS en 2012 :

- Recommandation pour la pratique clinique « Indications de la césarienne programmée à terme » http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1070417/indications-de-la-cesarienne-programmee-a-terme
- Guide d'analyse et d'amélioration des pratiques « Césarienne programmée à terme ; optimiser la pertinence du parcours patient »
 - http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1294171/cesarienne-programmee-a-terme-optimiser-la-pertinence-du-parcours-de-la-patiente?xtmc=&xtcr=3

Le guide propose des **parcours types de femmes enceintes pouvant nécessiter une césarienne programmée en fonction de facteurs de risque** (présentation par le siège, diabète gestationnel, etc.). Mis en ligne sous forme interactive, ce document permet de choisir et d'accéder en un clic à l'étape du parcours qui doit faire l'objet d'un plan d'amélioration, avec 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, des exemples d'actions d'amélioration et des indicateurs pour suivre l'impact de la démarche. L'approche par « parcours patient » retenue par la HAS permet une meilleure coordination de tous les acteurs de la prise en charge – patient et entourage, professionnels de santé, personnel technique, administratif et social – pour garantir la prise en charge la plus pertinente possible, à savoir la bonne intervention de santé, au bon moment, au bon endroit, pour le bon patient, pour améliorer efficacité, sécurité et coût relatif.

Concrètement :

Réunir tous les acteurs impliqués dans le parcours de la femme enceinte pour décrire le parcours tel qu'il existe sur le terrain (adapter le parcours générique proposé dans le guide).

Choisir une étape à améliorer.

Choisir un outil dans l'ensemble des outils proposés par le programme ou construit par ailleurs (notamment proposés par la Fédération des réseaux de périnatalité).

Il ne s'agit ni d'une enquête épidémiologique, ni d'une recherche clinique. Si l'étude d'un seul dossier suffit à la réflexion pour lancer un plan d'amélioration, tant mieux.

Aussi bien pour le choix de l'étape à améliorer que pour le choix de l'action d'amélioration à mettre en œuvre, penser simple (faisable) et utile (pour la femme enceinte). Privilégier le pas à pas.

Valoriser la démarche et les résultats obtenus par un plan de communication auprès des participants, des institutions et des patients ; montrer à quoi servent les efforts entrepris.

Valoriser la démarche dans les différents dispositifs obligatoires (certification des établissements de santé, accréditation des médecins, développement professionnel continu, contrat pluri-annuel d'objectifs et de moyens (CPOM) avec l'Agence régionale de santé (ARS), plan de gestion du risque, etc).

Voir pour illustrer la démarche d'amélioration de la qualité :

http://www.hciproject.org/sites/default/files/Paradigme_moderne_de_l'Amelioration_de_la_Qualite_2002.pdf

L'expérimentation pilote de ce guide s'appuie sur un appel à candidatures des professionnels et établissements de santé par l'intermédiaire des ARS et des réseaux de santé en périnatalité. **Seize régions et 186 établissements de santé sont volontaires.** Grâce à l'ampleur de cet engagement, l'expérimentation constitue déjà une première phase de déploiement. Ce déploiement est facilité par l'implication des réseaux de

santé en périnatalité réunis en Fédération (FFRSP), du Collège national des gynécologues et obstétriciens de France (CNGOF) et du Collège national des sages-femmes.

Au niveau national, la **coordination de l'expérimentation pilote** est assurée par la DGOS. La HAS en assure l'**expertise méthodologique** et la FFRSP l'**expertise métier**.

Au niveau régional :

- la **coordination du projet** est assurée par l'ARS ; l'ARS a un rôle de facilitateur, de structuration du pilotage et de suivi de l'avancement de l'expérimentation (réalisation de points d'étapes réguliers), de levée des difficultés, de formalisation des actions d'amélioration des pratiques dans les CPOM des établissements de santé ;
- l'**expertise méthodologique et métier** est assurée par le réseau de santé en périnatalité ; le réseau aidera les professionnels des établissements de santé dans les différentes phases d'amélioration de leurs pratiques (diagnostic, élaboration du plan d'actions, mise en œuvre, évaluation), contribuera à la diffusion et à l'appropriation des outils HAS. Les réseaux sont les relais de la HAS en région.

En complément de la démarche, un indicateur de taux attendu a été construit dans l'objectif d'estimer l'existence ou non d'un enjeu d'amélioration de la pertinence des soins sur cette thématique dans chaque région et l'opportunité consécutive pour les équipes des établissements de santé de la région de s'impliquer dans l'expérimentation pilote. Il s'agit d'un **indicateur d'alerte**, construit à partir de la méthodologie développée par le réseau de Santé en périnatalité "Sécurité Naissance - Naître ensemble" des Pays de la Loire. La construction de cet indicateur tient compte des différences de population de femmes prises en charge par les maternités. Des travaux de **validation de l'indicateur « taux attendu » sont inscrits au programme de travail de la HAS**. Ces travaux permettront de définir la référence à retenir (moyenne nationale ou référence infranationale) et la présentation la plus adaptée de l'indicateur (valeur absolue du différentiel ou valeur relative du taux observé par rapport à l'attendu). Le développement d'indicateurs relatifs à la morbidité maternelle et fœtale sera associé à ces travaux. Ces travaux sont pilotés par la HAS dans le cadre d'une démarche plus large de développement d'indicateurs de comparaison des pratiques, notamment en obstétrique.

Le suivi de cet indicateur ne se substitue pas à l'analyse concrète des pratiques, qui est le seul moyen de vérifier la pertinence du parcours des femmes pouvant nécessiter une césarienne programmée à terme ; il n'y a pas d'objectif quantifié sur le taux global de césariennes programmées à terme.

Les césariennes prises en compte sont celles faites à terme, à partir de 37SA + 0 jour et jusqu'à 41 SA + 6 jours, en intention de traiter c'est-à-dire programmées même si elles sont faites après début de travail spontané (les césariennes réalisées après échec de déclenchement sont exclues). L'étude de la pertinence nécessite de s'intéresser également aux tentatives de voie basse malgré un facteur de risque pouvant nécessiter une césarienne (après information de la femme de possibilité de césarienne en cours de travail).

Le guide s'enrichira de nouveaux exemples de méthodes et outils au fur et à mesure du **recueil des retours d'expérience**. A la fin de l'année, la HAS diffusera sur son site les témoignages et les outils utilisés ; un séminaire de retour d'expérience sera organisé avec l'ensemble des participants, incluant les professionnels des établissements de santé ayant participé à l'expérimentation.

Vous trouverez sur le site de la HAS http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1294171/cesarienne-programmee-a-terme-optimiser-la-pertinence-du-parcours-de-la-patiente

- Le guide format 2 clics « Optimiser_pertinence_césarienne_programmée_à-terme_2012 » ;
- Une affiche A4 de présentation du guide « Césarienne_programmée_à_terme – Affiche_A4 » ;
- Une maquette de compte-rendu du retour d'expérience (fichier word zippé) « REX_démarche_césar_12.doc » ;
- Une étude sur les taux de césarienne à terme (> 37 SA) en 2011 ;
- Les codes CCAM et CIM10 utilisés pour cette étude.

Annexe 4. Expérimentation césarienne programmée à terme - étape

Démarche d'amélioration de la pertinence

Devant l'hétérogénéité des pratiques de césarienne programmée à terme, la HAS a élaboré une **recommandation de bonne pratique**²⁹ et un **guide d'analyse et amélioration des pratiques**³⁰, avec un ensemble de supports (parcours selon les facteurs de risque, chemin clinique, fiche d'information...) pour faciliter des démarches qualité. Ce travail a été mené en partenariat avec les professionnels (gynécologues obstétriciens³¹, sages-femmes³², qualitiens, pédiatres), les femmes représentées par l'association Césarine, les réseaux de périnatalité³³ et certaines structures régionales d'évaluation, la DGOS (Direction générale de l'offre de soins) et les ARS (Agences régionales de santé).

Sur cette base, les équipes d'obstétrique étaient invitées à mettre en œuvre un programme d'optimisation de la pertinence des soins³⁴ à partir d'une analyse de leur pratique pour identifier un objectif concret de qualité (pratique souhaitée). **120 équipes volontaires, soit 20 % des maternités, se sont engagées.**

Plusieurs principes étaient mis en avant à cette occasion :

- Prendre le temps d'une réunion avec des représentants de tous les professionnels intervenant dans le suivi de grossesse.
- Faire simple. A ce titre, il est possible, dans certains cas, de choisir un objectif de qualité à partir d'une analyse collective de quelques dossiers.
- Décrire qui fait quoi à quel moment dans le suivi de grossesse afin de comprendre quelle étape améliorer en priorité en regard de l'objectif de qualité identifié.
- Commencer par une action faisable rapidement et utile (pour la femme enceinte) pour ensuite progresser pas à pas.
- Se mettre d'accord sur un critère simple de réussite de la démarche afin de faire un retour d'information à toute l'équipe.

Dans ce cadre, les **2 objectifs de qualité plébiscités par les équipes** sont la programmation de la césarienne après 39 SA (semaines d'aménorrhée) et le partage de la réflexion avec la femme enceinte et son entourage sur le mode d'accouchement, avec l'aide d'outils structurés, pour une compréhension mutuelle des bénéfices et des risques des différentes options ainsi que des représentations et valeurs personnelles qui influencent la décision.

Malgré l'absence de résultats d'évaluation à ce stade, il est intéressant de noter que les démarches engagées sont cohérentes avec les **résultats de la littérature scientifique** concernant l'efficacité de programmes analogues ; une méta-analyse³⁵ montre l'intérêt d'une part d'une décision concertée de césarienne programmée à terme (discussion en staff), d'autre part d'une meilleure gestion des tentatives d'accouchement par voie basse.

Par ailleurs, il est apparu nécessaire, tout au long de la démarche, de rappeler, pour être efficace, de faire simple, d'associer toute l'équipe et de **prendre le temps de bien définir un objectif de qualité** qui soit concret, mesurable, exprimé sous la forme d'un verbe d'action (p.e. informer la femme des bénéfices et des risques) et conforme à une recommandation ; le guide propose un rappel des principales recommandations pour chaque étape du suivi de grossesse.

²⁹ http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1070417/fr/indications-de-la-cesarienne-programmee-a-terme

³⁰ http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1294171/fr/cesarienne-programmee-a-terme-optimiser-la-pertinence-du-parcours-de-la-patiente?xtmc=&xtr=1

³¹ Collège national des gynécologues et obstétriciens de France (CNGOF)

³² Collège national des sages-femmes

³³ Fédération des réseaux de santé en périnatalité (FFRSP)

³⁴ http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1726029/fr/cesarienne-programmee-a-terme-deploiement-de-la-demarche

³⁵ Chaillot N, Dumont A. *Evidence-Based Strategies for Reducing Cesarean Section Rates: A Meta-Analysis*. Birth 2007;34(1):53-64. March 200

http://www.researchgate.net/publication/6482591_Evidence-based_strategies_for_reducing_cesarean_section_rates_a_meta-analysis

Définitions

La **césarienne programmée à terme** est une césarienne dont la réalisation est planifiée, à terme (≥ 37 SA), en général aux alentours de 39 SA, non liée à une situation d'urgence, que ce soit en dehors du travail ou au cours du travail, même si la décision est tardive comme par exemple en raison d'un terme dépassé sur utérus cicatriciel avec impossibilité de déclenchement (les césariennes réalisées après échec de déclenchement sont exclues).

Les césariennes programmées réalisées en urgence antérieurement à la date initialement prévue sont exclues. L'étude de la pertinence conduit à **s'intéresser également aux tentatives d'accouchement par voie basse malgré un facteur de risque** pouvant nécessiter une césarienne (après information de la femme de possibilité de césarienne en cours de travail).

L'approche par « parcours patient » retenue par la HAS permet une meilleure coordination de tous les acteurs concernés par la décision de césarienne programmée à terme, pour garantir la **prise en charge la plus pertinente possible**, à savoir la bonne intervention de santé, au bon moment, au bon endroit, pour le bon patient.

Comment choisir un changement à mettre en œuvre en priorité ?

Quelle est votre problématique à résoudre ? Quelle étape du suivi de grossesse souhaitez-vous améliorer ? Quel changement avez-vous décidés de mettre en œuvre ? Quel est votre **objectif de qualité** opérationnel, basé sur quelle recommandation ? Quel sera votre critère de réussite ? Quel est l'intérêt pour vos patientes ? Recueillir des données n'a aucun intérêt si vous n'avez pas défini ensemble au préalable un objectif de qualité. **Si vous ne souhaitez rien changer à vos pratiques, inutile de vous lancer dans la démarche.**

Il est conseillé d'organiser une **réunion pluri-professionnelle** pour réfléchir au parcours de la femme enceinte dans votre contexte de santé afin que tous les intervenants réfléchissent ensemble sur une étape à améliorer ou un problème à résoudre dans le suivi ou la coordination ; les idées fusent surtout si tout le monde participe, différentes professions, différents modes d'exercice (voire une femme enceinte ayant eu une césarienne programmée ou une tentative d'accouchement par voie basse avec facteur de risque de césarienne, elle aura probablement des idées). Cette réunion permet aussi de dire ce qui va bien ; c'est gratifiant et peut être utile à transposer pour d'autres suivis.

S'arrêter quelques instants pour **réfléchir à sa pratique** en équipe s'avère passionnant. Le choix de la thématique est lié au potentiel d'amélioration (écart avec les recommandations), à la fréquence dans les prises en charge et à la gravité des conséquences potentielles d'une mauvaise pratique. Cette réflexion est faite lors de toute décision médicale ; nous vous proposons des outils pour la structurer ensemble afin de gagner en efficacité (temps et énergie).

Voir pour illustrer la démarche d'amélioration de la qualité :

http://www.hciproject.org/sites/default/files/Paradigme_moderne_de_lAmelioration_de_la_Qualite_2002.pdf

Valoriser la démarche

Faire savoir que vous faites cette démarche est important, pour les patients (qui comprendront mieux les enjeux d'une décision) comme pour vos collègues (pour partager votre expérience). **Communiquez sur la démarche et les résultats obtenus** auprès des participants, des institutions et des patients, pour montrer à quoi servent les efforts entrepris.

La démarche est légitime pour **être intégrée aux différents dispositifs obligatoires** : certification des établissements de santé, accréditation des obstétriciens, développement professionnel continu (DPC), contrat pluri-annuel d'objectifs et de moyens (CPOM) avec l'Agence régionale de santé (ARS), plan de gestion du risque, etc.

Partager votre expérience

Les outils d'analyse et amélioration des pratiques développés au cours de l'expérimentation, les résultats, ainsi que les témoignages sur les démarches, sont partagés sur le site de la HAS³⁶ dans la rubrique « **retours d'expérience**³⁷ ». Cette rubrique propose également vos témoignages sur les facteurs de réussite et les difficultés de la démarche.

Vous trouverez en fin de texte une proposition de plan pour votre retour d'expérience.

Taux attendu de césariennes programmées à terme

En complément de la démarche, un indicateur de taux attendu a été construit dans l'objectif d'estimer l'existence ou non d'un enjeu d'amélioration de la pertinence des soins sur cette thématique dans chaque région. Il s'agit d'un **indicateur d'alerte**, construit à partir de la méthodologie développée par le réseau de Santé en périnatalité "Sécurité Naissance - Naître ensemble" des Pays de la Loire. La construction de cet indicateur tient compte des différences de population de femmes prises en charge par les maternités, dans la limite des informations disponibles dans le PMSI (programme médicalisé des systèmes d'information).

Des **travaux de validation** de l'indicateur « taux attendu » sont pilotés par la HAS dans le cadre d'une démarche plus large de développement d'indicateurs de comparaison des pratiques. Ces travaux permettront de définir la référence à retenir (moyenne nationale ou référence infranationale) et la présentation la plus adaptée de l'indicateur (valeur absolue du différentiel ou valeur relative du taux observé par rapport à l'attendu). Le développement d'indicateurs relatifs à la morbidité maternelle et fœtale sera associé à ces travaux.

Le suivi de cet indicateur ne se substitue pas à l'analyse concrète des pratiques, qui est le seul moyen de vérifier la pertinence du parcours des femmes pouvant nécessiter une césarienne programmée à terme ; il n'y a pas d'objectif quantifié sur le taux global de césariennes programmées à terme.

Calendrier de l'expérimentation

Lancement

Appel à volontariat en décembre 2012 par Jean Debeaupuis (DGOS), relayé par les ARS aux établissements de santé et par la FFRSP aux réseaux de périnatalité.

En parallèle, le taux attendu de césariennes programmées à terme, par région et par établissement de santé a été diffusé. Il n'y a pas de norme ; ce taux sert d'alerte en cas d'écart important avec le taux constaté (par rapport à la moyenne nationale corrigée selon les facteurs de risque).

Séminaire de lancement en février 2013 à la DGOS en présence de Bernard Branger (FFRSP), Fabrice Pierre (CNGOF), Thomas Le Ludec (HAS), Natacha Lemaire (DGOS) et Frédérique Teurnier (Collège des sages-femmes).

Accompagnement des équipes

Visioconférences / Conférences téléphoniques avec les régions (ARS, réseaux de périnatalité et maternités).

Présentation lors des Ateliers pertinence organisés par la DGOS en juin 2013 devant les ARS.

Demande d'un rapport d'étape été 2013 avec choix d'un objectif de qualité et transmission des outils créés/adaptés (maquette sur le site HAS, fichier REX_césar_rapport_13).

Séminaire d'étape le 9 janvier 2014 à la DGOS en présence de Bernard Branger (FFRSP), Félix Faucon (DGOS), Fabrice Pierre (CNGOF), Frédérique Teurnier (Collège des sages-femmes) et Jean-François Thébaut (HAS).

Séminaire de résultats le 13 novembre 2014 à la DGOS.

³⁶ http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1726022/fr/cesarienne-programmee-a-terme-optimiser-la-pertinence-du-parcours-de-la-patiente

³⁷ http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1726027/fr/cesarienne-programmee-a-terme-retours-dexperience

Quelques références (sans aucune exhaustivité) sur les programmes de réduction des césariennes (en général)

Oshiro BT, Kowalewski L, Sappenfield W, Alter CC, Bettgowda VR, Russell R, et al. A Multistate Quality Improvement Program to Decrease Elective Deliveries Before 39 Weeks of Gestation. 2013 by The American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol.* 2013;121(5):1025-31. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23635739?access_num=23635739&link_type=MED&dopt=Abstract

Programme de réduction du nombre d'accouchements programmés (déclenchement ou césarienne) avant 39 SA, en 2011 aux Etats-Unis dans 26 maternités avec 29 000 naissances de singletons au terme de 34 SA ou plus, avec un taux passé de 28 % à 5 %. Chaque établissement a réuni une équipe de pilotage associant un médecin, un cadre de santé, un chargé de projet et un qualitatif. La mise en œuvre standardisée du programme a commencé par une journée de formation organisée par un des auteurs, avec mise à disposition d'un guide de méthodes et outils. Le programme associe un protocole avec les recommandations sur les indications de déclenchement et césarienne programmée, une revue de pertinence en cas de déclenchement ou césarienne programmée avec une liste des indications possibles avant 39SA, un contrôle par les pairs pour justifier les indications non pertinentes a priori, une formation continue de l'équipe pluri-professionnelle en staff, une information des femmes.

Khunpradit S, Tavender E, Lumbiganon P, Laopaiboon M, Wasiak J, Gruen RL. Non-clinical interventions for reducing unnecessary caesarean section. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 6. <http://apps.who.int/rhl/reviews/CD005528.pdf>

16 études incluses sur 1826 identifiées jusqu'en 2010 Pas de résultat statistiquement significatif des programmes de préparation à l'accouchement ni des logiciels d'aide à la décision des patients. Efficacité de la demande d'un 2^e avis professionnel en cas d'antécédent de césarienne.

Chaillet N, Dumont A. Evidence-Based Strategies for Reducing Cesarean Section Rates: A Meta-Analysis. Birth 2013; 34(1):53-64. http://www.researchgate.net/publication/6482591_Evidence-based_strategies_for_reducing_cesarean_section_rates_a_meta-analysis

10 études incluses sur 831 identifiées entre 1990 à 2005. Efficacité des audits avec retour d'information (y compris 2^e avis pour la décision du mode d'accouchement), démarches d'amélioration (en équipe pluri-professionnelle et par gestion active de la tentative d'accouchement par voie basse) et stratégies à multifacettes (dont formation professionnelle et éducation des patients, staffs). Les études avec identification des barrières au changement sont plus efficaces. Pas d'incidence sur la morbi-mortalité maternelle et périnatale, sauf pour une étude qui retrouve une diminution de la mortalité néonatale.

Hartmann KE, Andrews JC, Jerome RN, Lewis RM, Likis FE, McKoy JN, et al. Strategies To Reduce Cesarean Birth in Low-Risk Women. Comparative Effectiveness Review No. 80. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. October 2012. www.effectivehealthcare.ahrq.gov/reports/final.cfm.

97 études incluses sur 6107 identifiées entre 1968 à 2012. Absence de résultat statistiquement significatif en raison de la mauvaise qualité des études.

Lewis RM, McKoy JN, Andrews JC, Jerome RN, Likis FE, Surawicz TS, et al. Future Research Needs for Strategies To Reduce Cesarean Birth in Low-Risk Women. Future Research Needs Paper No. 22. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. October 2012. Addendum added December 2012. www.effectivehealthcare.ahrq.gov/reports/final.cfm.

Standardisation des tentatives d'accouchement par voie basse et des décisions d'arrêt : nécessite des études randomisées. Modèles de dotation et stratégies systémiques : nécessitent des expérimentations multi-sites avant généralisation. Suivi parallèle de la morbi-mortalité du nouveau-né à court et long terme.

Proposition de plan pour le retour d'expérience d'une démarche qualité

1 – QUI

- Promoteur – Financement
- Accompagnement méthodologique
- Référent (nom – profession - adresse électronique)
- Participants (nom – profession – mode d'exercice)

2 – QUOI

- Contexte – Etablissement de santé – Population – Parcours du patient
- Thématique (problème à résoudre)
- Objectif de qualité (un objectif de qualité est une recommandation élémentaire)
- Référence professionnelle (recommandation ou réglementation)

3 – PROJET

- Pilotage
- Calendrier
- Phase d'analyse des pratiques
- Phase d'amélioration des connaissances ou compétences
- Phase de mise en œuvre du changement
- Implication des patients

4 – DEMARCHE

- Méthode
- Outil d'évaluation (développé par qui, à joindre en annexe)
- Action d'amélioration
- Critère de réussite

5 – RESULTATS

- Mesure du changement
- Intérêt pour les professionnels
- Intérêt pour les patients

6 – ENSEIGNEMENTS

- Facteurs de réussite
- Difficultés
- Conseils

7 – VALORISATION

- Utilisé pour valider la certification de l'établissement de santé, l'accréditation des médecins ou le développement professionnel continu
- Communication en interne (équipe, établissement) et en externe (usagers, partenaires)
- Publication (référence)

Références

- Berrien K, Devente J, French A, Cochran KM, McCaffrey M, Horton B et al. *The Perinatal Quality Collaborative of North Carolina's 39 Weeks Project: A Quality Improvement Program to Decrease Elective Deliveries Before 39 Weeks of Gestation*. N C Med J. 2014;75(3):169-76.
- Chaillet N, Dumont A. *Evidence-Based Strategies for Reducing Cesarean Section Rates: A Meta-Analysis*. Birth 2007; 34(1): 53-64. http://www.researchgate.net/publication/6482591_Evidence-based_strategies_for_reducing_cesarean_section_rates_a_meta-analysis
- Coulm B, Blondel B, Alexander S, Boulvain M, Le Ray C. *Potential avoidability of planned cesarean sections in a French national database*. Acta Obstet Gynecol Scand 2014; 93: 905–12.
- Delbaere I, Cammu H, Martens E, Tency I, Martens G, Temmerman M. *Limiting the cesarean section rate in low risk pregnancies is key to lowering the trend of increased abdominal deliveries: an observational study*. BMC Pregn Childbirth 2012, 12:3. <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/12/3>
- Dweik D, Girasek E, Meszaros G, Toreki A, Kereszturi A, Pal A. *Non-medical determinants of cesarean section in a medically dominated maternity system*. Acta Obstet Gynecol Scand 2014; 93: 1025–33.
- Grunebaum A, Dudenhausen J, Chervenak FA, Skupski D. *Reduction of cesarean delivery rates after implementation of a comprehensive patient safety program*. J Perinat Med 2013; 41:51–5.
- Hartmann KE, Andrews JC, Jerome RN, Lewis RM, Likis FE, McKoy JN et al. *Strategies To Reduce Cesarean Birth in Low-Risk Women. Comparative Effectiveness Review No. 80*. AHRQ 2012 2012. www.effectivehealthcare.ahrq.gov/reports/final.cfm.
- Haute Autorité de Santé. Chemin clinique. 2004 http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_436520/fr/chemin-clinique?xtmc=&xtcr=1
- Haute Autorité de Santé. Indications de la césarienne programmée à terme. St-Denis la Plaine: HAS; 2012. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1070417/indicationsde-la-cesarienne-programmee-a-terme
- Haute Autorité de Santé. Césarienne programmée à terme : guide d'analyse et d'amélioration des pratiques. St-Denis la Plaine: HAS; 2012 http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1294171/fr/cesarienne-programmee-a-terme-optimiser-la-pertinence-du-parcours-de-la-patiente?xtmc=&xtcr=1
- Haute Autorité de Santé. Césarienne programmée à terme : retours d'expérience. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1726027/fr/cesarienne-programmee-a-terme-retours-dexperience
- Haute Autorité de Santé. Mesure de l'expérience du patient. Analyse des initiatives internationales. HAS Compaq-HPST Inserm 2011 http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1055814/rapport-experience-patient
- Haute Autorité de Santé. Etat des lieux. Patient et professionnels de santé : décider ensemble. Concept, aides destinées aux patients et impact de la « décision médicale partagée ». 2013. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1671523/fr/patient-et-professionnels-de-sante-decider-ensemble
- Haute Autorité de Santé. Rencontres régionales HAS - Marseille - 6 février 2014. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1718160/fr/rencontres-regionales-has-marseille-6-fevrier-2014?xtmc=&xtcr=3
- Haute Autorité de Santé. Rencontres régionales HAS - Strasbourg - 25 mars 2014. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1723449/fr/rencontres-regionales-has-strasbourg-25-mars-2014?xtmc=&xtcr=2
- Haute Autorité de Santé; Impact - Le projet DUQuE (*Deepening our understanding of quality improvement in Europe*) - recherche européenne http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1094277/fr/impact-le-projet-duque-deepening-our-understanding-of-quality-improvement-in-europe-recherche-europeenne
- Haute Autorité de Santé. Rapport d'évaluation des expérimentations menées dans le cadre de l'article 70 de la Loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012. 2014. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1747548/fr/experimentation-article-70
- Houser J, Oman KS. *Evidence-Based Practice, An Implementation Guide for Healthcare Organizations*. NY: Jones & Bartlett Learning, 2011.
- Khunpradit S, Tavender E, Lumbiganon P, Laopaiboon M, Wasiak J, Gruen RL. *Non-clinical interventions for reducing unnecessary caesarean section*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 6. <http://apps.who.int/rhl/reviews/CD005528.pdf>
- Lagrew D. *Strategies for Reducing Unnecessary Cesarean Sections. Proceedings of the First Baby Initiative Meeting*. July 29, 2011; Charleston, West Virginia. <http://www.wvperinatal.org/wp-content/uploads/2014/08/First-Baby-Initiative-Proceeding-Notes.pdf>

Lewis RM, McKoy JN, Andrews JC, Jerome RN, Likis FE, Surawicz TS, Walker SH, Hartmann KE. *Future Research Needs for Strategies To Reduce Cesarean Birth in Low-Risk Women*. AHRQ 2012. www.effectivehealthcare.ahrq.gov/reports/final.cfm

Main EK, Morton CH, Hopkins D, Giuliani G, Melsop K, Gould JB. *Cesarean Deliveries, Outcomes, and Opportunities for Change in California: Toward a Public Agenda for Maternity Care Safety and Quality*. CMQCC, 2011. https://www.cmqcc.org/white_paper

Massoud R, Askov K, Reinke J, Franco LM, Bornstein T. Un Paradigme Moderne pour l'Amélioration de la Qualité. Quality Assurance Project/URC, 2002. <https://www.usaidassist.org/resources/un-paradigme-moderne-pour-l%E2%80%99am%C3%A9lioration-de-la-qualit%C3%A9>

Mornex R. Améliorer la pertinence des stratégies médicales. Académie nationale de médecine, avril 2013. <http://www.academie-medecine.fr/publication100100055/>

Oshiro BT, Kowalewski L, Sappenfield W, Alter CC, Bettgowda VR, Russell R, et al. *A Multistate Quality Improvement Program to Decrease Elective Deliveries Before 39 Weeks of Gestation*. *Obstet Gynecol*. 2013 ;121(5):1025-31. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23635739?access_num=23635739&link_type=MED&dopt=Abstract

Weeks BW, Paraponaris A, Ventelou B. *Geographic variation in rates of common surgical procedures in France in 2008-2010, and comparison to the US and Britain*. *Health Pol* 2014; sept 8.

Remerciements

L'expérimentation du programme « Césarienne programmée à terme : optimiser la pertinence du parcours de la patiente » a été conduite par 165 équipes de maternité.

Les professionnels de santé de ces équipes ont donné de leur temps et de leur énergie pour réfléchir à leur pratique, partager leur expérience, tout en continuant jour et nuit à assurer des soins à leurs patients. Ils ont été soutenus par les qualitéiciens de leur établissement de santé, des réseaux de santé, voire pour certains des structures régionales d'appui en évaluation ; c'est ainsi que le CCECQA³⁸ a développé une grille de pertinence proposée par une équipe et utilisée par de nombreuses autres.

Cette expérimentation prend place parmi d'autres démarches d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, intégrées dans la dynamique d'amélioration continue des établissements de santé. Par ailleurs, des équipes ont conduit des démarches sur la césarienne programmée à terme sans être officiellement engagées dans l'expérimentation, notamment en Auvergne, Nord-Pas-de-Calais et Poitou-Charentes.

Cette expérimentation a été pilotée par un comité réunissant :

D^r Bernard Branger, représentant de la Fédération française des réseaux de santé en périnatalité (FFRSP), a apporté son expertise de statisticien avec le développement du taux attendu de césariennes programmées calculé à partir des données du PMSI³⁹. Il a animé les réseaux de périnatalité en région.

D^r Marina Martinowsky, chef de projet à la Haute Autorité de santé (HAS), a coordonné les travaux et rédigé ce rapport. Les D^{rs} Rémy Bataillon puis Marie-Hélène Rodde-Dunet, chefs de service successifs du Sevam (service d'évaluation et amélioration des pratiques), lui ont apporté leur soutien et fait une lecture critique constructive des différents documents produits au cours de cette expérimentation.

P^r Fabrice Pierre, représentant du Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF), a été le président du groupe de travail pour la recommandation de bonne pratique sur les indications de la césarienne programmée. Il a animé les 3 séminaires qui ont jalonné l'expérimentation. Il a servi d'interprète entre les experts de la démarche d'amélioration de la qualité des soins et les professionnels de terrain.

Frédérique Teurnier, représentante du Collège des sages-femmes.

D^r Odile Tillon-Fauré, chargée de mission sur la pertinence des soins à la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), a animé les Agences régionales de santé (ARS) chargées du recrutement des établissements de santé et de l'organisation de réunions régionales (physiques ou par visio-conférences), sous la supervision attentive et souriante de Cécile Behaghel, chef du bureau R5 Evaluation, modèles et méthodes de la DGOS. Laurence Delpla, assistante du bureau R5, a assuré la logistique et l'accueil des séminaires au ministère. Mathieu Joyau, relayé par Sylvain Baillot, statisticiens à la DGOS, ont extrait du PMSI et du SAE⁴⁰ les données utilisées pour le suivi des taux de césariennes.

Plusieurs services ont apporté leur contribution au bon déroulement de l'expérimentation

Le service documentation, représenté par Emmanuelle Blondet, chef de projet à la HAS, a fourni les références scientifiques.

³⁸ Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine

³⁹ Programme de médicalisation des systèmes d'information

⁴⁰ Statistique annuelle des établissements de santé

Le service des indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (Sipaqss) de la HAS, dirigé par le D^r Catherine Grenier, a produit les premiers résultats quantitatifs sur les caractéristiques des maternités engagées dans l'expérimentation et l'évolution des taux de césariennes entre 2011 et 2013.

Le service presse de la HAS, dirigé par Florence Gaudin, a coordonné les actions de communication en partenariat avec Stéphane Grossier du service communication de la DGOS.

Le service des bonnes pratiques professionnelles (SBPP) de la HAS a élaboré les recommandations professionnelles et les documents d'information destinés aux femmes enceintes, sous la coordination du D^r Sophie Blanchard, chef de projet. Cette dernière a communiqué sur le programme d'optimisation de la pertinence de la césarienne programmée à terme au *Guidelines International Network (GIN)* de San Francisco en 2013.



Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr