



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

ANALYSE ET AMÉLIORATION DES PRATIQUES

Césariennes programmées à terme

Évolution des taux de césariennes à terme en France
entre 2011 et 2014

et

évaluation de l'impact du programme d'amélioration des
pratiques

RAPPORT COURT

Juillet 2016

Préambule

En France, près d'une femme sur cinq donne naissance par césarienne; dans près de la moitié des cas, la césarienne est programmée.

Les situations cliniques pouvant entraîner une césarienne programmée à terme étant variées et complexes, et devant un contexte d'hétérogénéité des pratiques, la HAS a redéfini, dans le cadre d'un travail d'élaboration de recommandations, les indications de césariennes programmées et celles qui doivent orienter vers un accouchement par voie basse. Ces recommandations ont été publiées en janvier 2012 en leur associant également un document d'information destiné aux femmes enceintes.

La HAS recommande que la femme soit informée le plus tôt possible, le choix du mode d'accouchement devant se faire sur la base d'une décision partagée entre la femme enceinte et l'équipe médicale. Le Collège de la HAS insiste pour que les éléments de décision de la césarienne programmée (indication, rapport bénéfices-risques, conditions de réalisation) soient rapportés dans le dossier médical.

Définitions

La césarienne est une intervention chirurgicale réalisée suite à une indication médicale à priori ou suite à une complication lors de la tentative d'accouchement par voie basse.

Les recommandations de la HAS¹ définissent une césarienne programmée à terme comme une césarienne non liée à une situation d'urgence apparaissant en dehors du travail ou au cours du travail, réalisée à partir de 37 SA révolues. En raison de la morbidité néonatale (notamment détresse respiratoire), il est recommandé de ne pas faire une césarienne programmée avant 39 SA pour les grossesses monofoetales.

Introduction

En 2009 en France, d'après l'étude de la CNAMⁱⁱ, les accouchements par césariennes programmées à terme représentaient 7,4 % des naissances annuelles (soit environ 55 700 accouchements). Une hétérogénéité des pratiques dans le recours à la césarienne entre les maternités était constatée.

Dans l'objectif d'aider au changement de pratique, le Ministère chargé de la santé et la HAS ont mis en place un programme d'optimisation de la pertinence des césariennes programmées en partenariat avec les professionnels du secteur (les professionnels des maternités, les réseaux de périnatalité et la Fédération Française des réseaux de périnatalité (FFRSP)), prenant aussi en compte le point de vue des patientes. Ce programme comprenait :

- la mise à disposition, en janvier 2012, des recommandations « Indications de la césarienne programmée à terme » ;
- un document d'information destiné aux femmes enceintes et un guide à destination des professionnels pour l'analyse et l'amélioration des pratiques ;
- l'expérimentation d'un programme d'accompagnement des maternités pour l'amélioration de leur pratique. Cette expérimentation s'est déroulée dans 162 maternités volontaires entre janvier 2013 et mi-novembre 2014.

La mise en place du programme visait à :

- réduire le taux de césariennes à terme et programmées ;
- limiter l'augmentation concomitante des césariennes à terme et non programmées ;
- augmenter la part des césariennes programmées réalisées à partir de 39 SA ;
- induire une baisse plus marquée du taux de césariennes programmées à terme au sein des maternités engagées que dans les maternités non engagées, marqueur d'impact de l'expérimentation.

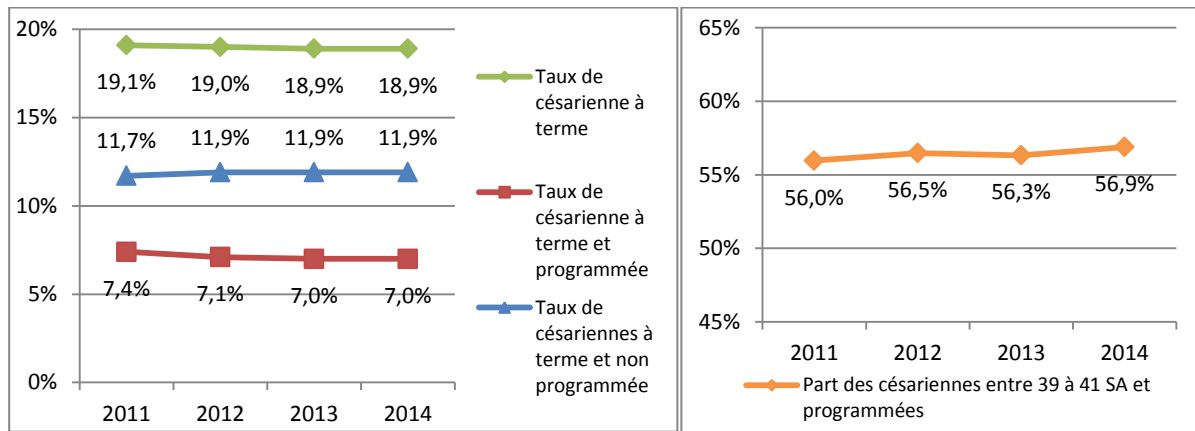
L'analyse des évolutions des pratiques suite au déploiement de ce programme a été réalisée en considérant l'ensemble des accouchements (grossesses uniques et multiples, nullipares et primipares, à bas et hauts risques...) en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer, de 2011 à 2014, à partir de données enregistrées dans la base du PMSI-MCO. 506 maternités ont pu être suivies sur la totalité de la période 2011 à 2014.

Les taux étudiés pour cette évaluation sont : les taux de césariennes à terme, les taux de césariennes à terme et programmées, les taux de césariennes à terme et non programmée, la part de césariennes entre 39 et 41 SA et programmées (définition des taux en annexe).

Résultats

L'analyse des taux nationaux sur les 4 années montre une inversion de la tendance à la hausse constatée lors des années précédentes.

Graphique 1 : Evolution de 2011 à 2014 des taux de césariennes à terme, programmées et non programmées, ainsi que de la part des césariennes entre 39 et 41 SA et programmées



Taux de césariennes à terme : césariennes à terme/accouchements à terme ; taux de césariennes à terme et programmées : césariennes à terme et programmées/accouchements à terme ; taux de césariennes à terme et non programmées : césariennes à terme et non programmées / accouchements à terme ; part des césariennes entre 39 à 41 SA et programmées : césariennes entre 39-41 SA et programmées / césariennes à terme et programmées.

Sur la période étudiée, le taux national annuel de césariennes à terme est en baisse de 0,3 points, marquant l'interruption de la progression continue de ce taux, constatée depuis plusieurs années, cf. Graphique 1. Cette baisse est la résultante de la baisse de 0,5 points du taux national annuel de césariennes à terme et programmées qui passe sous la barre des 7 % et de la hausse de 0,2 points du taux national annuel de césariennes à terme et non programmées. En effet les tentatives d'accouchement par voie basse ne sont pas systématiquement réussies et amènent dans ce cas à une césarienne non programmée. La progression des césariennes à terme et non programmées ayant été plus faible que la diminution du taux de césariennes à terme et programmées il y a donc eu, au final, une réduction du nombre de césariennes à terme sur la période étudiée.

Il est également observé l'augmentation de 0,9 points de la part des césariennes entre 39-41 SA et programmées parmi les césariennes à terme et programmées au cours de la période étudiée. Les césariennes programmées ont donc été réalisées à un terme plus tardif au cours de la période.

La baisse du taux de césariennes à terme est constatée sur l'ensemble des types de maternités (cf. annexe). Pour les types 1 et 2, la diminution du taux de césariennes à terme et programmées a été plus importante que la hausse du taux de césariennes à terme et non programmées. Pour le type 3, la baisse observée est liée à la diminution de ces deux taux. Malgré cette baisse, le taux de césariennes à terme en 2014 des maternités de type 1, restait supérieur à celui des autres types de maternités.

La part des césariennes à partir de 39 SA et programmées a plus augmenté dans les maternités de type 1 (+1,7 points), par rapport aux maternités de type 2 et 3 (+0,6 et +0,9 points respectivement).

Concernant la variabilité observée des pratiques au sein des maternités de France, l'écart interquartile des taux de césariennes à terme et de la part de césariennes entre 39 et 41 SA et programmées se resserre traduisant une réduction de la variabilité inter-maternités (cf. annexe).

Césarienne programmée à terme

L'expérimentation a permis au groupe des 162 maternités engagées de faire évoluer leurs taux de manière plus marquée que ceux de maternités non engagées

Tableau 1 : Evolution des taux suivis de 2011 à 2014 par type de maternité

Taux en fonction de l'engagement des maternités dans l'expérimentation	Maternités engagées			Maternités non engagées			Différence d'évolution engagée - non engagée
	2011	2014	Différence 2014-2011	2011	2014	Différence 2014-2011	
Taux de césarienne à terme	19,0%	18,7%	-0,3	19,2%	18,9%	-0,3	0,0
Taux de césarienne à terme et programmée	7,6%	7,0%	-0,6	7,3%	7,0%	-0,4	-0,2
Taux de césariennes à terme et non programmée	11,40%	11,70%	+0,3	11,90%	11,90%	+0,1	+0,2
Part des césariennes entre 39 et 41 SA et programmées	53,5%	55,0%	+1,5	57,2%	57,9%	+0,6	+0,9

Taux de césariennes à terme : césariennes à terme/accouchements à terme ; taux de césariennes à terme et programmées : césariennes à terme et programmées/accouchements à terme ; taux de césariennes à terme et non programmées : césariennes à terme et non programmées/accouchements à terme ; part des césariennes entre 39 à 41 SA et programmées : césariennes entre 39 – 41 SA et programmées/césariennes à terme et programmées.

En 2011, le profil des 162 maternités engagées était différent de celui des 344 maternités non engagées :

- Le taux de césariennes à terme dans le groupe des maternités engagées était inférieur à celui des non engagées. Mais les maternités engagées avaient un taux de césariennes à terme et programmées supérieur et réalisaient moins de césariennes à terme non programmées. Les maternités engagées réalisaient également moins de césariennes à partir de 39 SA et programmées.
- Le profil des maternités non engagées est l'inverse de celui des engagées.
- Quel que soit le type, les maternités engagées avaient systématiquement un taux de césariennes à terme et programmées plus élevé que celui des non engagées.

Pour les deux groupes, la baisse du taux de césariennes à terme et programmées a été plus importante que la hausse du taux de césariennes à terme et non programmées. Partant d'un taux initialement plus élevé, cette baisse plus forte dans le groupe des maternités engagées a permis qu'en 2014 les taux de césariennes à terme et programmées soient identiques.

Les maternités engagées réalisaient en 2014 toujours moins de césariennes à terme que les non engagées, car elles effectuaient moins de césariennes à terme et non programmées. Pourtant, malgré une augmentation de la part des césariennes entre 39 et 41 SA et programmées, les maternités engagées avaient en 2014 une part inférieure à celle des non engagées.

L'engagement dans l'expérimentation a permis aux maternités d'améliorer leurs résultats de façon plus prononcée comparée au groupe des non-engagées. Leur amélioration a porté à la fois sur la programmation et le terme de la césarienne quel que soit le type de maternité.

Les analyses complètes sont disponibles dans le rapport long.

Discussion

Le programme d'optimisation de la pertinence des césariennes programmées et à terme avait comme objectif principal d'inverser la hausse continue du recours aux césariennes programmées à terme, constatée depuis des dizaines d'années. Celui de l'étude était donc d'appréhender l'effet du programme.

Cette étude montre que sur la période analysée :

- Les taux ont évolué dans le sens attendu

Le taux de césariennes à terme est en baisse légère mais continue. Cette évolution décroissante est liée à celle des taux le composant (taux de césariennes à terme et programmées et taux de césariennes à terme et non programmées). En effet, il y a eu sur la période moins de césariennes programmées : plus d'accouchements par voie basse ont été tentés et réussis, moins d'accouchements par voie basse compliqués ont nécessité une césarienne non programmée. De plus, les césariennes, quand elles ont été programmées, ont été réalisées plus tardivement puisque la part des césariennes entre 39/41 SA et programmées a augmenté. Il y a donc eu un changement de pratique des professionnels à la fois sur la césarienne programmée mais également sur le terme auquel elle est programmée.

Il est à noter ces évolutions positives ont lieu dans un contexte d'accroissement des facteurs de risques des femmes, comme le diabète, le diabète gestationnel, ainsi que l'accroissement de l'âge, de l'obésité et les comorbidités associées, qui augmentent le recours à la césarienne.

L'évolution des taux suivis dans le sens attendu est en partie attribuable à la parution des recommandations sur la césarienne programmée à terme et à l'ensemble des documents servant au programme mais également à la maturité du milieu professionnel réceptif pour changer les pratiques.

- La variabilité inter-maternités est encore importante

Une tendance à la baisse de la variabilité du taux de césariennes à terme et de la part de césariennes à terme et programmées a été observée. Il persiste néanmoins une grande variabilité de taux, et donc de pratiques, entre les maternités françaises, parfois liée au type de la maternité et/ou à son mode de financement. Par exemple, il est toujours observé en 2014 un taux de césariennes à terme et programmées beaucoup plus important dans les maternités privées que dans les publiques, ainsi que dans celles de type 1 comparées aux maternités de type 3.

- L'évolution dans le sens attendu des taux suivis dans les 162 maternités engagées est plus marquée que dans les maternités non engagées

L'ensemble des taux a évolué dans le sens attendu de manière plus importante que dans les maternités n'ayant pas participé. L'expérimentation a donc eu un effet potentialisateur sur le changement des pratiques. Cette amélioration plus marquée dans le groupe des engagées est attribuable en partie aux dispositifs de l'expérimentation, sans qu'il soit possible de conclure quant aux effets des plans d'actions mis en œuvre par chaque maternité.

Cette amélioration peut être également liée au profil des maternités engagées qui étaient différentes au départ. Ces dernières avaient un taux de césariennes à terme et programmées plus élevé et une part de césariennes à partir de 39 SA et programmées plus faible que les non engagées, de telle sorte que leur marge de progression était probablement plus importante et plus aisément améliorable. Par ailleurs, volontaires pour participer, elles étaient également motivées au changement.

- Quelques limites sont à souligner

Toutes les régions n'étaient pas représentées dans l'expérimentation.

Alors que les maternités de type 1 et 2 ayant des taux de césariennes programmées jugés trop élevés étaient un des cœurs de cible du programme, elles n'ont que peu participé à l'expérimentation.

Le PMSI recense les césariennes réalisées et non pas les césariennes envisagées. Il permet seulement d'approcher le changement de pratique correspondant à une attitude moins active des obstétriciens et des sages-femmes, privilégiant l'avancement dans le terme et le déclenchement naturel du travail. Les

Césarienne programmée à terme

taux mesurés sous-estiment probablement les intentions de voies basses décidées à la suite des recommandations, alors que l'accouchement a finalement nécessité une césarienne.

Il est à noter que la définition utilisée dans la CCAM pour le codage « césarienne programmée » est différente de celle des recommandations : elle se limite aux césariennes réalisées avant le travail. Néanmoins, si ce code permet de suivre les césariennes ciblées par le programme d'optimisation, cette différence entre les définitions peut amener à des variabilités de codage entre praticiens.

Conclusions/ Propositions

La mise en place du programme concernant l'optimisation de la pertinence de la césarienne programmée et à terme a permis d'accentuer le changement de pratique concernant ce type de césarienne. En effet, les recommandations ont permis à l'ensemble de la profession de disposer des indications dans lesquelles la césarienne programmée à terme a sa place, ainsi que du terme à partir duquel la morbidité fœtale baisse. Elles ont contribué aux changements de pratique et à l'évolution des taux constatée dans l'étude.

L'expérimentation a, quant à elle, amené les maternités engagées à réfléchir à leurs pratiques, à les modifier afin que les césariennes programmées à terme soient de plus en plus pertinentes. La forte mobilisation des maternités à participer (32%), sur la base du volontariat à une démarche d'amélioration de la pertinence, montre l'intérêt que les professionnels ont eu à réfléchir à cette pratique. L'association de l'ensemble des acteurs de la périnatalité (réseaux, collègues professionnels, maternités), des associations de patientes et des ARS, a permis une forte appropriation de l'expérimentation sur le terrain ainsi que la diffusion des recommandations.

Au terme de cette expérience enrichissante, la HAS encourage les acteurs du secteur à suivre l'évolution des taux, ainsi qu'à réaliser des analyses complémentaires.

Annexes :

Définition des indicateurs retenus pour le suivi de l'activité des césariennes à terme

- Le taux de césariennes à terme (après 37 SA)

Ce taux permet de suivre le pourcentage de césariennes à terme au niveau national, qu'elles soient programmées ou non. Il traduit la proportion de femmes ayant accouché par cette technique.

Ce taux est composé du taux national de césariennes à terme et programmées et du taux national de césariennes à terme et « non programmées »

En pratique, il est calculé par : le nombre de césariennes à terme (après 37 SA) divisé par le nombre d'accouchements à terme multiplié par 100

- Le taux de césariennes à terme et programmées

Ce taux permet de suivre la proportion de femmes ayant accouché à terme par ce type de césarienne.

En pratique, il est calculé par : le nombre de césariennes à terme et codées « programmée » divisé par le nombre d'accouchements à terme multiplié par 100

- Le taux de césariennes à terme et non programmées

Ce pourcentage permet de suivre la proportion de césariennes à terme et « non programmée » par rapport à l'ensemble des césariennes à terme.

En pratique, il est calculé par : le nombre de césariennes à terme et non codées « programmées » divisé par le nombre d'accouchements à terme multiplié par 100

- La part des césariennes à partir de 39 SA et programmées

Le programme recommandait de réaliser les césariennes programmées le plus tard possible. Le terme de 39 -41 SA est important pour réduire la morbidité du nouveau-né. Ce pourcentage traduit la proportion des césariennes programmées réalisées à 39-41 SA sur l'ensemble des césariennes à terme et programmées (37-41 SA).

En pratique, cette part correspond au nombre des césariennes programmées à 39-41 SA divisé par le nombre des césariennes réalisées à terme (entre 37 et 41 SA) multiplié par 100

Complément concernant les taux suivis

Tableau 2 : Evolution des taux suivis de 2011 à 2014 par type de maternité

Taux par type de niveau de soin : type 1, 2,3	2011			2014			Différence 2014-2011		
	type 1	type 2	type 3	type 1	type 2	type 3	type 1	type 2	type 3
Taux de césariennes à terme	20,0%	18,8%	18,9%	19,9%	18,6%	18,4%	-0,2	-0,2	-0,5
Taux de césariennes à terme et programmées	8,5%	7,4%	6,3%	8,1%	6,9%	6,0%	-0,4	-0,5	-0,4
Taux de césariennes à terme et non programmée	11,5%	11,4%	12,6%	11,8%	11,7%	12,4%	+0,3	+0,3	-0,2
Part des césariennes à 39 à 41 SA et programmées	57,0%	57,2%	51,9%	58,7%	57,8%	52,8%	+1,7	+0,6	+0,9

Tableau 3 : Evolution des écarts interquartiles des taux suivis

Années	Taux césariennes à terme			Taux césariennes à terme et programmées			Taux césariennes à terme et non programmées			Part de césariennes entre 39 à 41 SA et programmées		
	Q1	Q3	IQR	Q1	Q3	IQR	Q1	Q3	IQR	Q1	Q3	IQR
2011	16,4	21,4	5,0	5,8	9,2	3,4	9,6	13	3,4	48,03	66,67	18,6
2012	16,3	21,2	4,9	5,7	8,7	3,0	9,8	13,3	3,5	48,65	67,19	18,5
2013	16,5	21,3	4,9	5,6	8,6	3,0	10,1	13,3	3,2	48,28	66,67	18,4
2014	16,4	21,1	4,7	5,5	8,6	3,1	10	13,3	3,3	49,08	67,27	18,2

Q1 : 1er quartile ; Q3 : 3ème quartile ; IQR : écart interquartile représentant la différence entre Q3 et Q1

Taux de césariennes à terme : césariennes à terme / accouchements à terme ; Taux de césariennes à terme et programmées : césariennes à terme et programmées / accouchements à terme ; Taux de césariennes à terme et non programmées : césariennes à terme et non programmées / accouchements à terme ; Part des césariennes entre 39 à 41 SA et programmées : césariennes entre 39-41 SA et programmées / césariennes à terme et programmées.

ⁱ http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-03/indications_cesarienne_programmee_-_fiche_de_synthese_-_indications.pdf

ⁱⁱ http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/DP_Pertinence_des_actes.pdf