



**Recommandation de bonne pratique**

## **Indications de réalisation d'une césarienne programmée**

Note de cadrage

Document n'ayant pas fait l'objet d'une relecture  
orthographique et typographique

Dr Joëlle Favre-Bonté  
Chef de projet  
Service des bonnes pratiques professionnelles

## Sommaire

<b>Abréviations .....</b>	<b>3</b>
<b>1 Présentation du thème.....</b>	<b>4</b>
1.1 Saisine .....	4
1.1.1 Demandeurs .....	4
1.1.2 Principales informations, objectifs des demandeurs .....	4
1.1.3 Contexte de la saisine .....	4
1.2 Contexte du thème.....	5
1.2.1 Définition du contexte et présentation du thème.....	5
1.2.2 Données épidémiologiques .....	6
1.2.3 État des lieux sur les pratiques et organisation de la prise en charge.....	8
1.2.4 Problématique de l'hétérogénéité des pratiques de césarienne en France.....	8
1.2.5 Enquêtes de pratiques existantes sur le thème .....	9
<b>2 Cadrage.....</b>	<b>10</b>
2.1 Données disponibles.....	10
2.1.1 Législation.....	10
2.1.2 Travaux de la HAS .....	10
2.1.3 Recommandations .....	10
2.1.4 Méta-analyses, revues systématiques de la littérature .....	11
2.1.5 Analyse quantitative et qualitative des données disponibles.....	12
2.2 Avis des professionnels et des patients et usagers du système de santé.....	12
2.2.1 Réunion de cadrage.....	12
2.3 Délimitation du thème.....	13
2.3.1 Objectifs proposés pour la recommandation .....	13
2.4 Patients concernés.....	14
2.5 Professionnels de santé concernés.....	14
<b>3 Modalités de réalisation.....</b>	<b>14</b>
3.1 Modalités de mise en œuvre .....	14
3.2 Méthode de travail envisagée.....	14
3.3 Composition qualitative et quantitative des groupes.....	15
3.3.1 Groupe de travail proposé.....	15
3.3.2 Groupe de lecture proposé.....	15
3.4 Calendrier prévisionnel.....	15
3.5 Productions prévues et plan de diffusion.....	15
3.6 Outils d'implémentation et mesure d'impact de la RBP .....	15
3.7 Actualisation de la recommandation.....	16
<b>4 Validation.....</b>	<b>16</b>
4.1 Avis du comité de validation des recommandations de bonne pratique.....	16
4.2 Avis du Collège de la HAS .....	16
<b>Annexe 1. Principaux risques liés aux césariennes .....</b>	<b>17</b>
<b>Annexe 2. Principales indications de la césarienne programmée identifiées dans les recommandations .....</b>	<b>19</b>

## Abréviations

ACOG	<i>American congress of obstetricians and gynecologists</i>
AHRQ	<i>Agency for healthcare research and quality</i>
AUDIPOG	Association des utilisateurs de dossiers informatisés en pédiatrie, obstétrique et gynécologie
CIANE	Collectif interassociatif autour de la naissance
CNAMTS	Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
CHU	Centres hospitaliers universitaires
CFEF	Collège français d'échographie fœtale
CNGOF	Collège national des gynécologues obstétriciens français
DGOS	Direction générale de l'offre des soins
DRESS	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DOS	Direction de l'offre de soins
OMS	Organisation mondiale de la santé
HIV	<i>Human immunodeficiency virus</i>
RBP	Recommandation de bonne pratique
RCOG	<i>Royal college of obstetricians and gynaecologists</i>
SAE	Statistique annuelle des établissements de santé
SOGC	Société des obstétriciens et gynécologues du Canada
SYNGOF	Syndicat national des gynécologues et obstétriciens de France

# 1 Présentation du thème

## 1.1 Saisine

### 1.1.1 Demandeurs

La HAS a été saisie par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et la direction générale de l'offre de soins (DGOS) pour élaborer une recommandation de bonne pratique (RBP) sur le thème des « Indications de réalisation d'une césarienne programmée ».

La HAS a retenu ce thème de RBP et l'a inscrit à son programme de travail 2010.

### 1.1.2 Principales informations, objectifs des demandeurs

#### ► Objectifs des demandeurs

Concernant la demande de RBP, la CNAMTS et la DGOS ont souhaité :

- une précision des indications médicales des césariennes programmées dans le cadre de recommandations de bonne pratique ;
- une limitation de la pratique des césariennes de convenance en réservant cet acte à la morbidité élevée à des indications médicales validées ;
- une amélioration des pratiques professionnelles en raison des l'hétérogénéité de pratique constatée sur la fréquence des césariennes réalisées par les obstétriciens, pratique qui varie selon leur mode d'exercice.

Les demandeurs souhaiteraient associer à ces recommandations la société savante de gynécologie-obstétrique et les représentants des usagers en raison de la possible limitation du choix du mode d'accouchement pour les femmes enceintes. La constitution du groupe de travail devrait associer des professionnels de santé de mode d'exercice différents.

#### ► Enjeux selon les demandeurs

- des enjeux de santé publique : la césarienne est un acte dont la morbidité est nettement plus importante que celle d'un accouchement par voie basse. Il convient donc de réserver cet acte à la morbidité élevée à des indications médicales validées ;
- des enjeux politiques : selon la demande du ministre en date du 19 Janvier 2009 : "...il apparaît qu'une action spécifique pourrait être réalisée dans les établissements de santé publics et privés dont les taux de recours à des accouchements programmés par césarienne par rapport au nombre total d'accouchements pratiqués apparaissent très atypiques..." ;
- des enjeux financiers : si le tarif de l'acte en CCAM est identique pour un accouchement par voie basse et pour un accouchement par césarienne, ceci n'est pas vrai pour le tarif des GHS et le coût d'une césarienne est supérieur à celui d'un accouchement par voie basse.

### 1.1.3 Contexte de la saisine

Cette demande s'inscrit dans le contexte d'une demande du ministre qui a été adressée à la CNAMTS en janvier 2009 : *"...il apparaît qu'une action spécifique pourrait être réalisée dans les établissements de santé publics et privés dont les taux de recours à des accouchements programmés par césarienne par rapport au nombre total d'accouchements pratiqués apparaissent très atypiques..."*.

Les demandeurs envisagent une mise sous accord préalable éventuelle de l'acte "JQGA002-Accouchement par césarienne programmée par laparotomie" afin de limiter la pratique des

césariennes de convenance et de réserver cet acte à la morbidité élevée à des indications médicales validées.

## 1.2 Contexte du thème

### 1.2.1 Définition du contexte et présentation du thème

Le taux de césariennes, a été en constante augmentation en France comme dans la majorité de l'Europe, depuis de nombreuses années.

En France, le taux de césariennes était de 6 % en 1972. Ce taux a progressé jusqu'à 2007 pour atteindre 11 % en 1981, 14 % fin 1991, 16 % fin 1996 et enfin 20,2 % fin 2007. Il s'est stabilisé à 20 % depuis 2007.

Selon le rapport européen périnatal de santé de 2008 « *European Perinatal Health Report* » En 2004, le taux de césariennes variait de 14 % à 37,8 % dans les différents pays de l'Union européenne. L'Italie avait un taux de 37,8 % de césariennes, l'Allemagne avait un taux de 27,3 %, le Royaume-Uni pour l'Angleterre, avait un taux de 23 % et pour l'Irlande un taux de 27,6 % de césariennes.

La France se trouvait parmi les pays à taux plutôt faible, mais se situait néanmoins au 13<sup>e</sup> rang, par ordre croissant des taux de césariennes, derrière notamment la Norvège (15,6 %) la Finlande (17,1 %) et la Suède (17,4 %).

Cette augmentation de la pratique de la césarienne est retrouvée à un échelon international. Aux USA, le *National Vital Statistics Reports* en 2009 a rapporté que le taux de césariennes a augmenté de 2 % en 2007 pour atteindre un taux de 31,8 %. Ce taux de césariennes avait augmenté de plus de 50 % en 10 ans aux USA (20,7 % en 1996).

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 1997, dans ses « Lignes directrices pour la surveillance de la disponibilité et de l'utilisation des Services obstétricaux », a proposé comme indicateur le taux de césariennes par accouchements, avec un taux inférieur minimum à 5 % et un taux supérieur maximum de césariennes de 15 %.

L'OMS ajoutait que « *Ces niveaux acceptables sont nécessairement approximatifs. Ils reposent sur les meilleures données, estimations et hypothèses actuellement disponibles et peuvent être adaptés compte tenu de la situation particulière des pays* ».

Selon la revue de M Boulvain en 2008 « *Évolution des taux et des indications de césarienne Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* », les motifs invoqués dans la littérature pour expliquer l'augmentation actuelle des césariennes sont multiples : les facteurs de risques les plus fréquents : un âge maternel plus élevé, le nombre de grossesses multiples en raison des techniques de procréation médicalement assistées, la prématurité, la macrosomie, l'augmentation de l'index de masse corporelle de la mère, des facteurs liés à l'organisation de la maternité.

L'une des raisons évoquée par le Collège national des gynécologues-obstétriciens français (CNGOF) dans un communiqué du 9 décembre 2008 est : « *la peur du gynécologue obstétricien devant une situation présentant un petit risque (gros enfant, bassin un peu étroit, enfant prématuré, jumeaux) : il opte parfois pour la césarienne afin qu'on ne lui reproche pas, plus tard, devant les juges, un accouchement qui pourrait être difficile* ».

Selon le rapport de la Direction de la Recherche, des Études, de l'évaluation et des Statistiques (Dress) de 2010, « *Les établissements de santé en 2007. Les maternités : plus de trente ans d'évolution* », l'augmentation lente mais continue de l'âge des mères n'est pas un élément explicatif majeur de la hausse du recours aux césariennes.

D'autres facteurs ont une influence ; en effet, si le premier accouchement d'une femme a lieu par césarienne, les suivants auront alors une forte probabilité de se dérouler de la même

façon. De plus, les pratiques professionnelles du personnel hospitalier peuvent influencer le recours à une césarienne. Les données disponibles dans la Statistique Annuelle des Établissements de santé (SAE) ne permettent pas d'étudier davantage ces éléments.

## 1.2.2 Données épidémiologiques

### ► Structure des maternités

Le rapport de la Dress de 2010 «Les établissements de santé en 2007. Les maternités : plus de trente ans d'évolution » rappelle les définitions pour les niveaux de maternités.

Les décrets périnatalité du 9 octobre 1998 et la circulaire DH/EO 3 n°99-402 du 8 juillet 1999 ont posé un cadre d'organisation des soins en réseaux et introduit la notion de niveau.

Trois niveaux de maternités sont définis :

- un établissement est dit de « niveau I » s'il dispose d'un service d'obstétrique ;
- un établissement est dit de « niveau II » s'il dispose d'un service de néonatalogie sur le même site que le service d'obstétrique ;
- un établissement est dit de « niveau III » s'il dispose sur le même site que le service d'obstétrique d'un service de réanimation néonatale et d'un service de néonatalogie.

Selon le rapport de la Dress de 2010 en 2007, 52 % des maternités sont de niveau I, 36 % des maternités sont de niveau II, 11 % des maternités sont de niveau III.

La prise en charge de la naissance peut avoir lieu dans des établissements de différents statuts : maternités publiques, cliniques privées ou établissements privés à but non lucratif.

En 2007, les deux tiers des maternités sont publiques (64 % des sites) à l'exception du Languedoc-Roussillon (40 %). Ces maternités représentent 62 % des lits d'obstétriques.

Les maternités du secteur privé sont essentiellement des cliniques. Le secteur privé à but non lucratif ne représente que 7 % de l'ensemble des capacités contre un tiers pour les cliniques privées à but lucratif.

### ► Fréquence estimée des césariennes

Dans le rapport de la DRESS de 2010 « Les établissements de santé en 2007. Les maternités : plus de trente ans d'évolution », en France, fin 2007, environ 157 000 accouchements se sont déroulés par césarienne<sup>1</sup> pour 776 002 accouchements.

De 2001 à 2007, le nombre de césariennes a augmenté de 30 % dans les maternités de niveau II et de plus de 40 % dans les maternités de niveau III, alors qu'il a baissé de près de 10 % dans les maternités de niveau I.

**Tableau 1. Évolution du taux de césariennes : comparaison entre 2001 et 2007 sur la répartition des césariennes selon le niveau de maternités**

	2001	2007
<b>NIV I</b>	18,0 %	20,7 %
<b>NIV II</b>	17,6 %	19,2 %
<b>NIV III</b>	19,9 %	22,0 %
<b>Total</b>	18,2 %	20,3 %

Il est logique que les taux de césarienne augmentent avec le niveau des maternités puisque le degré des pathologies materno-fœtales prises en charge est lui aussi croissant.

<sup>1</sup> Dans cette étude, le terme de césarienne comprend les césariennes réalisées dans le cadre d'une urgence et les césariennes programmées réalisées sans contexte d'urgence.

Bien qu'elles accueillent des femmes à risque, les maternités de niveau II et III ont un taux de césariennes comparable à celui en niveau I, ce qui signifie qu'à un niveau de risque équivalent, les établissements de niveau élevé pratiquent donc moins fréquemment les césariennes.

Fin 2007, les taux de césariennes s'établissent à 19,8 % pour les maternités publiques et à 21,5 % pour les maternités des cliniques privées. Depuis 2001, c'est dans le secteur maternités des cliniques privées que la hausse du taux de césariennes a été la plus forte : + 2,6 % contre + 2,0 % dans le secteur public et + 1,9 % dans le secteur privé à but non lucratif.

**Tableau 2. Évolution du taux de césariennes : comparaison entre 2001 et 2007 sur la répartition des césariennes selon le statut juridique des maternités**

	2001	2007
<b>Public</b>	17,7 %	19,8 %
<b>Privé à but non lucratif</b>	18,4 %	20,3 %
<b>Privé à but lucratif</b>	18,9 %	21,5 %

► **Fréquence estimée des césariennes programmées**

Le rapport européen périnatal de santé de 2008 « *European Perinatal Health Report* » a présenté le pourcentage de césariennes réalisées sur demande et le nombre de césariennes réalisées lors du travail et dans l'urgence pour 15 pays seulement en 2003.

Le taux de césarienne programmée en France était de 12,9 %, ce taux était dépassé par 4 pays : l'Allemagne (14,3 %), Malte (15,2%), l'Irlande du nord (15,5%) et l'Italie (25 %). Le taux le plus faible de césarienne programmée en Europe dans ce rapport était de 5 % pour la Norvège.

► **Fréquence estimée des césariennes programmées sur demande de la femme enceinte<sup>2</sup>**

Il n'a pas été retrouvé à ce jour dans la littérature en France, d'études sur le nombre de césariennes sur demande des femmes enceintes.

Une revue Cochrane de Lavender « *Caesarean section for non-medical reasons at term(Review)* », en 2009 cite qu'il n'y a pas d'études sur ce thème et que le nombre de césarienne demandées sans raison médicale n'est pas connu à ce jour.

Le National Institutes of Health, « *Cesarean Delivery on Maternal Request* », dans une conférence de consensus de 2006, cite que l'incidence des césariennes programmées en l'absence d'un motif médical ou obstétricien augmente aux USA mais qu'il est difficile de le quantifier.

Aux USA, un rapport de l'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) en 2006 « *Cesarean Delivery on Maternal Request* » indiquait qu'il est nécessaire de créer des axes de recherches futures sur les césariennes sur demande de la femme enceinte en raison du manque d'études et de données sur ce thème.

• <sup>2</sup> Par convention, il est proposé dans ce document d'utiliser le terme anglo-saxon de « césarienne sur demande » plutôt que le terme de « césarienne pour convenance ». Les césariennes sur demande, que cela soit de la part de la femme enceinte ou du professionnel de santé sont réalisées dans le cadre des césariennes programmées.

### 1.2.3 État des lieux sur les pratiques et organisation de la prise en charge

#### ► Hétérogénéité de l'offre des maternités sur le territoire selon leur niveau

Le rapport de la DRESS de 2010 indique que depuis les décrets de 1998, les différents niveaux de maternité permettent d'orienter les femmes en fonction de leur niveau de risque obstétrical et en cas d'accouchement difficile. Cependant, l'offre des maternités par niveau d'autorisation est assez hétérogène sur le territoire.

Entre 2001 et 2007, les écarts se sont resserrés : les régions les moins bien dotées ont au moins 25 % de sites de niveau II ou III, tandis que les mieux dotées en ont jusqu'à 64 %. La moyenne nationale est de 48 %. Cette part qui augmente globalement, résulte de la diminution générale du nombre de sites de niveau I, tandis que le nombre de sites de niveau II ou III est en légère augmentation.

#### ► Concentration des naissances dans les grandes maternités

Selon le rapport européen sur la périnatalité « la France comparée aux autres pays d'Europe, Inserm » de 2008 on assiste actuellement en France à une concentration des naissances dans de grandes maternités.

Cependant, en France, la proportion de naissances dans des maternités de 3 000 accouchements ou plus est très faible (8 %) par rapport à ce que l'on observe par exemple en Écosse (77 %), en République d'Irlande (60 %), en Finlande (46 %) et en Suède (46 %).

### 1.2.4 Problématique de l'hétérogénéité des pratiques de césarienne en France

Cette hétérogénéité de pratique a été observée dans des enquêtes :

- au sein d'un même niveau d'établissements ;
- entre les différents niveaux d'établissements ;
- entre les établissements de statut juridique différent ;
- entre les différentes régions de France.

Cette hétérogénéité de pratique se retrouve également en Europe.

#### ► Hétérogénéité à l'intérieur d'un même niveau d'établissement

Une enquête rétrospective auprès de 49 centres hospitaliers universitaires (CHU) de France métropolitaine et des DOM-TOM a été réalisée sur la période du 1<sup>er</sup> janvier 2007 au 31 décembre 2007 par Mangin et ses collaborateurs « Données 2007 de l'extraction instrumentale en France : résultats d'une enquête nationale auprès de l'ensemble des centres hospitalo-universitaires ; 2010 ».

Cette enquête a noté que les taux de césariennes varient entre 9 et 29,5 % (tous niveaux confondus) avec un taux moyen national pour les CHU de 20,7 %. Les CHU ont la réputation de gérer les grossesses à bas et à haut risque obstétrical.

Pour les CHU disposant d'une maternité de niveau I, la fréquence des césariennes variait de 9,6 % à 20,7 %, pour les CHU disposant d'une maternité de niveau II, la fréquence des césariennes variait de 19,4 % à 26,9 % et pour les CHU disposant d'une maternité de niveau III, la fréquence des césariennes variait de 14,4 % à 29,5 %. Les taux de césariennes varient donc entre les centres hospitaliers de niveaux I, II et III.

En 2007, la fédération hospitalière de France a publié dans « Étude sur les césariennes » une évaluation des 100 maternités ayant le taux le plus fort de césariennes réalisées.

Dans cette publication, un établissement de niveau I présentait un taux de 43,3 % de césariennes sur 1 015 accouchements alors que pour un autre établissement de niveau I situé dans la même ville, le taux de césariennes était de 24,5 % pour 1 133 accouchements. Dans cette étude le taux de césariennes le plus faible enregistré était de 21,3 %. Ce taux était partagé par un établissement public et par un établissement privé.



► **Hétérogénéité entre les différents niveaux des établissements**

Tous secteurs confondus, les taux de césariennes sont assez hétérogènes d'un établissement à un autre. En 2007, le taux le plus bas recensé de césariennes en France pour un établissement de niveau III était de 10 %. Le taux le plus élevé était de 43,3 % pour une maternité de niveau I.

Selon le rapport de la Dress de 2010, si l'OMS fixe à 15 % le seuil « raisonnable » de recours aux césariennes, 90 % des maternités de France métropolitaine ont un taux supérieur. Soixante-dix maternités pratiquent des césariennes dans plus d'un accouchement sur quatre. Dans ce groupe, les sites de niveau I sont prépondérants par rapport à l'ensemble des établissements (65 % contre 52 %). Il en est de même pour les cliniques privées (56 %) contre 29 % de l'ensemble des établissements.

► **Hétérogénéité selon le niveau et le statut juridique d'un établissement**

Le rapport de la Dress de 2010 indique que dans les établissements publics et privés à but non lucratif, plus le niveau de la maternité était élevé plus le taux de césariennes était important. Ceci correspondait aux attentes. Les maternités de niveau I sont censées garder les grossesses physiologiques. Les maternités de niveaux II et III sont censées capter non seulement la population « tout venant », mais également les grossesses à moyen ou à haut risque.

Le secteur de la maternité semble plus déterminant pour expliquer les différences de recours aux césariennes que le niveau. Fin 2007, les taux de césariennes s'établissaient à 19,8 % pour les maternités publiques et à 21,5 % pour les maternités des cliniques privées.

**Tableau 3. Taux de césariennes en 2007 selon le niveau et le statut juridique**

	Niveau I	Niveau II	Niveau III
<b>Public</b>	18,8 %	18,6 %	22,0 %
<b>Privé à but non lucratif</b>	20,0 %	20,6 %	21,1 %
<b>Privé à but lucratif</b>	22,5 %	20,2 %	-

► **Hétérogénéité selon les régions**

Selon le rapport de la Dress de 2010, à l'instar de l'échelon national, les taux des césariennes ont augmenté pour toutes les régions, s'échelonnant selon les régions de 17 à 27 % en 2007 par rapport à 2,5 à 18 % fin 1996. En grande majorité, les régions ayant un taux de césariennes plutôt élevé en 1996 sont dans la même situation fin 2007.

Sauf exception, il en est de même pour celles plutôt au-dessous de la moyenne nationale en 1996.

À l'inverse, les régions telles que Languedoc-Roussillon, Alsace et Champagne-Ardenne, qui avaient des taux de césariennes plutôt bas en 1996, ont des taux parmi les plus élevés fin 2007. Une région fait figure d'exception, Midi-Pyrénées, avec un taux ayant peu augmenté.

► **Hétérogénéité des pratiques de la césarienne au niveau européen**

Le rapport « *European Perinatal Health Report* » de 2008 a relevé également une hétérogénéité des pratiques de la césarienne à un niveau européen. Les taux de césariennes pour les femmes enceintes ayant un antécédent de césarienne, les grossesses multiples, les présentations par le siège différaient selon les pays européens.

**1.2.5 Enquêtes de pratiques existantes sur le thème**

Aucune enquête de pratique sur les indications de césariennes programmées n'a été identifiée à ce jour.

## 2 Cadrage

### 2.1 Données disponibles

#### 2.1.1 Législation

En France, aucun texte de loi sur les indications de césariennes programmées n'a été retrouvé à ce jour.

#### 2.1.2 Travaux de la HAS

Les indications de césariennes programmées n'ont pas été traitées dans les précédents travaux de la HAS sur la périnatalité.

#### 2.1.3 Recommandations

##### ► Recommandation du CNOF

Le CNGOF a rédigé en 2000 des recommandations sur certaines indications de césariennes. L'attitude à adopter vis-à-vis des patientes demandant la réalisation d'une césarienne sur demande maternelle est proposée dans ces recommandations. Une information pour les femmes enceintes sur les césariennes a été rédigée par le CNGOF.

##### ► Recommandations et rapports d'évaluation internationaux

Il existe de nombreuses recommandations étrangères récentes, qui traitent plus ou moins largement la question des indications et du risque foëto-maternel de la césarienne programmée.

Le terme de césarienne sur demande correspond au terme anglo-saxon utilisé dans les recommandations internationales.

Par ordre inverse de date de publication :

- L'AHRQ, "Vaginal birth after cesarean : new insights" en 2010. Ces recommandations traitent de la possibilité de pratiquer un accouchement par voie basse après une césarienne et évaluent les risques liés à la pratique de plusieurs césariennes successives.
- Le BMJ Clinical Evidence, « Preterm birth » en 2010. Ces recommandations traitent de l'indication d'une césarienne lors d'accouchement prématuré, et évaluent les risques foëtaux et maternels qui y sont associés.
- La SOGC, "Guidelines for the management of vasa previa" en 2009. Ces recommandations traitent de la prise en charge du vasa prævia et des indications de césarienne s'y rapportant.
- L'AHRQ, en 2008, « Therapeutic management, delivery and postpartum risk assessment and screening in gestational diabetes ». Ces recommandations traitent de la prise en charge du diabète gestationnel et évalue la césarienne en cas de diabète gestationnel.
- Le BMJ Clinical Evidence, "HIV: Mother to child transmission" en 2008, traite de la transmission foëto-maternelle du virus VIH et évalue les indications de pratiquer une césarienne.
- Le RCOG, "Birth after previous caesarean birth" en 2007, évalue les indications de réaliser d'une césarienne après un antécédent d'une première césarienne.
- La SOGC en 2007, « Diagnosis and management of placenta previa » évalue les indications de réaliser une césarienne en présence d'un placenta prævia.
- Le National Institut of Health, "Cesarean delivery on maternal request" de 2006. Le thème de ces recommandations concerne les césariennes programmées demandées par les femmes enceintes et traite des risques des césariennes.

- Le RCOG en 2006, «The management of breech presentation ». Les indications éventuelles d'une césarienne sont évaluées en cas d'une présentation par le siège dans ces recommandations.
- L'AHRQ en 2006, «Cesarean Delivery on Maternal Request». Ces recommandations traitent des césariennes sur demande de la patiente et évalue entre autres, les risques d'une césarienne programmée par rapport à un accouchement par voie basse.
- La SOGC en 2005, « Directive clinique sur l'accouchement vaginal chez les patientes ayant déjà subi une césarienne ». Ces recommandations concernent les patientes ayant déjà subi une césarienne. Elles évaluent la possibilité d'une tentative de travail, avant de pratiquer une césarienne pour les patientes ne présentant pas de contre- indication.
- La SOGC en 2004, « Les différents modes opératoires pour l'accouchement vaginal ». Ces recommandations traitent des risques maternels et fœtaux liés à la pratique d'une césarienne.
- Les recommandations du NICE de 2004, « Caesarean section » traitent de la prise en charge d'une césarienne y compris des indications de césariennes programmées, du risque associé à une césarienne et propose un modèle d'information pour la femme enceinte.
- La SOGC, en 2004, «Diagnostic et prise en charge du placenta prævia ». Ces recommandations concernent également les indications d'une césarienne en cas de placenta prævia.
- L'ACOG, «Vaginal birth after previous cesarean delivery» en 2004. Ces recommandations évaluent les indications de césariennes après une première césarienne.
- L'ACOG «Multiple gestation: complicated twin, triplet and high-order multifetal pregnancy» en 2004, traite de la prise en charge des grossesses multiples et de l'indication d'une césarienne en cas de grossesse multiple.
- Le New Zealand Guidelines Group «Care of women with breech presentation or previous caesarean birth» en 2004 évalue les indications de césariennes programmées lors d'une présentation par le siège et après un antécédent de césarienne.

#### 2.1.4 Méta-analyses, revues systématiques de la littérature

Il a été identifié plusieurs revues systématiques qui traitent de certaines indications et du risque fœto-maternel de la césarienne programmée.

Par ordre inverse de date de publication :

- Grant A, Glazener CMA; Elective caesarean section versus expectant management for delivery of the small baby (Review). The Cochrane Collaboration, en 2010. Cette revue Cochrane évalue les indications de césarienne programmée et les risques fœtaux et maternels pour les enfants prématurés, dont le terme est inférieur à 37 semaines d'aménorrhée et ou hypotrophiques.
- Hofmeyr GJ, Hannah M; Planned caesarean section for term breech delivery (Review) The Cochrane Collaboration, en 2010 Cette revue Cochrane évalue les indications de césarienne programmée et les risques fœtaux et maternels pour les présentations par le siège.
- McIntyre PG, Tosh K, McGuire W; Caesarean section versus vaginal delivery for preventing mother to infant hepatitis C virus transmission (Review); The Cochrane Collaboration, en 2010. Cette revue Cochrane évalue les indications de césarienne programmée pour la transmission mère-enfant du virus de l'hépatite C.
- Dodd JM, Crowther CA Huertas E, Guise JM, Horey D ; Elective repeat caesarean section versus planned vaginal birth for women with a previous caesarean birth. (Review) The Cochrane Collaboration, en 2009. Cette revue Cochrane évalue les indications de césarienne programmée et les risques fœtaux et maternels pour les femmes ayant un antécédent de césarienne.

- Lavender T, Hofmeyr GJ, Neilson JP, Kingdon C, Gyte GML; Caesarean section for non-medical reasons at term(Review); The Cochrane Collaboration, en 2009. Cette revue Cochrane évalue les risques fœtaux et maternels lors d'une demande de césarienne programmée ; en l'absence de motifs médicaux.

### **2.1.5 Analyse quantitative et qualitative des données disponibles**

Une recherche préliminaire concernant les données disponibles pour la thématique de la césarienne a permis d'identifier :

- 18 recommandations ;
- 96 méta-analyses ;
- 829 essais contrôlés ;
- 866 revues de la littérature.

Une synthèse préliminaire des données disponibles sur les risques fœtaux et les risques maternels liés à la césarienne par rapport à l'accouchement par voie basse est présentée en annexe 1.

Une synthèse préliminaire des indications de césariennes programmées dans les recommandations est présentée en annexe 2.

## **2.2 Avis des professionnels et des patients et usagers du système de santé**

### **2.2.1 Réunion de cadrage**

Une réunion de cadrage s'est déroulée le 21 décembre 2010.

Les instances professionnelles, associations de patients et agences sanitaires suivantes ont été conviées à participer dès Septembre 2010 à cette réunion de cadrage.

L'Association des épidémiologistes de langue française, l'Association nationale des sages-femmes libérales, l'Association nationale des sages-femmes territoriales, l'Association des utilisateurs de dossiers informatisés en pédiatrie, obstétrique et gynécologie (Audipog), le Collectif interassociatif autour de la naissance (Ciane), le Collège de la médecine générale, le Collège national des gynécologues-obstétriciens français (CNGOF), le Collège français d'échographie fœtale (CFEF), le Collège français de médecine d'urgence, la Fédération française des réseaux de santé en périnatalité, le Groupe de pédiatrie générale de la Société française de pédiatrie, le Samu de France, la Société française d'anesthésie et de réanimation, la Société française de gynécologie, la Société française de néonatalogie, le Syndicat national des gynécologues et obstétriciens de France (Syngof), l'Union nationale des syndicats de sages-femmes françaises.

Les personnes suivantes étaient présentes à la réunion du 21 décembre :

- Pr Fabrice Pierre, gynécologue-obstétricien (président pressenti du groupe de travail)
- Dr Bernard Bailleux, gynécologue-obstétricien proposé par la Fédération française des réseaux de santé en périnatalité ;
- Dr Roger Bessis, gynécologue-obstétricien, proposé par le Collège français d'échographie fœtale ;
- Dr Catherine Crenn-Hébert, gynécologue-obstétricien, proposée par l'Association des utilisateurs de dossiers Informatisés en pédiatrie ;
- Dr Patrick Daoud, pédiatre, proposé par la Société française de néonatalogie ;
- Mme Jacqueline Lavillonnière, sage-femme libérale, proposée par l'Union nationale des syndicats de sages-femmes françaises ;
- Mme Madeleine Moyroud, sage-femme libérale, proposée par l'Association nationale des sages-femmes libérales ;
- Mme Marie-Christine Nauleau-Eustache, représentante d'usagers proposée par le Ciane ;

- Dr Amélie Nguyen, gynécologue, proposée par la Société française de gynécologie ;
- Pr Henri-Jean Philippe, gynécologue-obstétricien, proposé par le Collège national des gynécologues-obstétriciens français ;
- Dr Marc-Alain Rozan, gynécologue-obstétricien, proposé par le Syndicat national des gynécologues et obstétriciens de France.

L'Association nationale des sages-femmes territoriales, le Collège français de médecine d'urgence, le Groupe de pédiatrie générale de la Société française de pédiatrie, le Collège de la médecine générale, le Samu de France, la Société française d'anesthésie et de réanimation n'étaient pas représentés.

Les attentes exprimées par les usagers et les professionnels de santé ont été les suivantes :

- il existe une grande disparité de la pratique des césariennes programmées entre les différents niveaux (I II III) d'établissements et les régions, selon les données du PMSI ;
- il est souhaitable d'harmoniser la pratique des césariennes programmées (information auprès des professionnels, publications, les limites) notamment pour les indications concernant les utérus cicatriciels, les présentations par le siège ;
- selon les usagers, dans le cas d'une femme enceinte avec un antécédent d'utérus cicatriciel, il existe une hétérogénéité des informations données et des indications de pratiquer ou non une césarienne programmée selon les professionnels de santé qu'elle va rencontrer ou selon la région où elle habite.

Les points clés discutés lors de la réunion de cadrage ont été les suivants :

- définir une césarienne programmée et les conditions de sécurité de sa réalisation ;
- définir un état des lieux préalables en France pour la morbidité maternelle et périnatale liées à la césarienne programmée ;
- définir les indications principales des césariennes programmées ;
- pour les indications de césarienne pour les pathologies rares (par exemple : les malformations fœtales rares qui ne disposent pas de données dans la littérature) les rassembler dans un chapitre commun où serait suggérée une discussion multidisciplinaire avant toute prise de décision de pratiquer une césarienne ;
- informer davantage les femmes enceintes sur les césariennes programmées ;
- discuter du terme de césarienne pour convenance de la patiente et utiliser de préférence le terme anglo-saxon de césarienne « sur demande » plutôt que de césarienne « pour convenance ».

## **2.3 Délimitation du thème**

Le thème répondra à la demande initiale du demandeur à la fois sur les questions choisies et la composition des groupes de professionnels demandés.

Seront aussi abordés des données sur les risques de mortalité de morbidité maternelle et fœtale d'une césarienne programmée, la césarienne programmée sur la demande de la femme enceinte ou du professionnel de santé, les informations à transmettre aux femmes enceintes.

### **2.3.1 Objectifs proposés pour la recommandation**

Les futures recommandations ont pour objectifs de :

- 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.

### **Les questions proposées pour la recommandation**

- définition d'une césarienne programmée et données sur la morbidité maternelle et périnatale d'une césarienne ;
- indications médicales des césariennes programmées (liste non exhaustive) :
  - obstétricales : placenta prævia, utérus cicatriciel et antécédents de césarienne, utérus malformé, grossesses multiples, présentation par le siège, anomalie de présentation, macrosomie (lié au diabète ou non),
  - malformations fœtales et fœtopathies : anasarque, hernie diaphragmatique, thrombopénies fœtales, omphalocèles, laparochisis,....,
  - antécédents et pathologies maternelles intercurrentes : mères HIV positive, herpès, diabète, obésité maternelle, âge,.... ;
- indications non médicales des césariennes programmées (sur demande de la femme enceinte, du professionnel) ;
- informations à transmettre à la femme enceinte et à son entourage.

Sont exclues du champ de l'analyse et ne seront pas traitées dans ces recommandations :

- les indications d'une césarienne réalisée dans le cadre d'une urgence ;
- les indications d'une césarienne programmée avant terme ;
- les indications d'une césarienne réalisée au cours du travail.

## **2.4 Patients concernés**

Les femmes enceintes présentant une indication de césarienne programmée en dehors de tout contexte d'urgence.

## **2.5 Professionnels de santé concernés**

Les professionnels de santé concernés par la future recommandation sont en premier lieu :

- les gynécologues-obstétriciens ;
- les gynécologues ;
- les sages-femmes ;
- les pédiatres.

La recommandation concernera également :

- les anesthésistes réanimateurs ;
- les médecins généralistes ;
- les représentants des usagers et des associations de patients ;
- et tous les professionnels impliqués dans la prise en charge des césariennes programmées.

# **3 Modalités de réalisation**

## **3.1 Modalités de mise en œuvre**

Le promoteur de ces recommandations est la HAS.

## **3.2 Méthode de travail envisagée**

Il est proposé que ce thème soit traité en utilisant la méthode « Recommandations pour la pratique clinique ».

La méthode des recommandations par consensus formalisé n'est pas retenue car il a été identifié l'existence de recommandations internationales. Il n'est pas toujours possible de

décliner le thème en situations cliniques facilement identifiables, par exemple pour les indications de césarienne en cas de fœtopathies.

### **3.3 Composition qualitative et quantitative des groupes**

La liste ci-dessous a été discutée lors de la réunion de cadrage. Les futurs membres du groupe de travail seront nommés selon la méthode « Recommandations pour la pratique clinique ». La constitution du groupe de travail associera des professionnels de santé de mode d'exercice différents, de maternité de niveaux I, II et III, et de différentes régions de France.

#### **3.3.1 Groupe de travail proposé**

- gynécologues-obstétriciens : 6
- sages-femmes : 3
- échographiste (diagnostic prénatal) : 1
- anesthésiste-réanimateur : 1
- pédiatre-néonatalogistes : 2
- médecin généraliste : 1
- associations de patients : 2
- épidémiologiste : 1
- infirmière : 1

Le président du groupe de travail proposé est le Pr Pierre, gynéco-obstétricien, chef de service de la maternité du CHU Poitiers (de niveau III). Sa déclaration d'intérêts a été soumise à l'avis du CVR le 22 mars 2011. Sa participation a été acceptée par le CVR.

#### **3.3.2 Groupe de lecture proposé**

Le groupe de lecture aura la même composition qualitative que celle du groupe de travail. Il comprendra également des pédopsychiatres, psychiatres, radiologues, hématologues, médecins de santé publique, psychologues et assistantes sociales, sociologues.

### **3.4 Calendrier prévisionnel**

Deux à trois réunions seront programmées au quatrième trimestre 2011, avec une validation à la fin de l'année 2011.

### **3.5 Productions prévues et plan de diffusion**

- recommandation ;
- argumentaire ;
- fiche de synthèse de la recommandation ;
- document d'information pour les patientes et leur entourage.

La recommandation pourra être présentée au congrès du CNGOF.  
Un lien informatique pourrait être proposé au CNGOF et à la Fédération française des réseaux de santé en périnatalité.

### **3.6 Outils d'implémentation et mesure d'impact de la RBP**

Les outils suivants pourront être réalisés :

- liste de critères de qualité pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques ;

- documents d'information pour les femmes enceintes ;
- indicateur pour enregistrer les taux de césarienne programmée et non programmée pour les réseaux de périnatalité.

Ces documents seront rédigés à l'issue de l'élaboration de la recommandation.

### **3.7 Actualisation de la recommandation**

L'actualisation de la recommandation sera discutée en fonction des données de la science et de la parution de nouvelles données.

## **4 Validation**

### **4.1 Avis du comité de validation des recommandations de bonne pratique**

Avis favorable du Comité de validation sur la note de cadrage lors de la délibération du 22 mars 2011 avec accord sur la désignation du président du groupe de travail (Pr Pierre) au vu de sa déclaration publique d'intérêts (DPI).

### **4.2 Avis du Collège de la HAS**

Avis favorable du Collège lors de la délibération du 18 mai 2011.



## Annexe 1. Principaux risques liés aux césariennes

Il a été identifié lors de la recherche documentaire préliminaire (liste à compléter lors du projet) les principaux risques suivants :

Risques fœtaux	
<b>Mortalité néonatale</b>	<p>Le risque de la mortalité néonatale est plus élevé avec les césariennes (programmées ou non programmées) qu'avec les accouchements par voie basse (OR = 3.7 ; 95 % CI, 2.6-5.4) selon le rapport de AHRQ de 2006 « <i>Cesarean delivery on maternal request</i> ». Le taux de décès était identique pour les enfants nés par césariennes durant le travail et pour les enfants nés par césariennes sans travail (0.8 <i>per</i> 1,000). Ces résultats n'ont pas été ajustés sur les maladies sous jacentes ou associées maternelles ou néonatales. Ces maladies maternelles ou néonatales pourraient avoir dicté le choix de l'indication de césarienne.</p> <p>Selon les directives cliniques sur « l'accouchement vaginal opératoire » de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) de 2004, la césarienne accroît le risque de rupture utérine au cours des grossesses successives, ce qui peut mener au décès du fœtus ou à de graves lésions hypoxiques fœtales.</p>
<b>Détresse respiratoire</b>	<p>Le risque de développer une détresse respiratoire après une césarienne est cité par le rapport d'AHRQ de 2006 ; les directives cliniques sur l'accouchement vaginal opératoire de la SOGC de 2004 ; les recommandations du National Institute for Clinical Excellence (Nice) « <i>Caesarean section</i> » de 2004 ; les recommandations du Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) « <i>The management of breech presentation</i> » de 2006 et par les recommandations du CNGOF de 2000 « Césariennes : conséquences et indications ».</p>
<b>Encéphalopathie néonatale ischémique hypoxique</b>	<p>Le risque d'encéphalopathie néonatale est plus élevé avec les césariennes qu'avec les accouchements par voie basse, selon le rapport de l'AHRQ de 2006, « <i>Cesarean delivery on maternal request</i> » et les recommandations du RCOG « <i>Birth after previous caesarean birth</i> » de 2007.</p>
<b>Hémorragie intracrânienne</b>	<p>Le risque d'hémorragie intracrânienne est augmenté en cas de césarienne selon le rapport de l'AHRQ de 2006 « <i>Cesarean delivery on maternal request</i> ».</p>
<b>Lacérations fœtales</b>	<p>Selon les recommandations du Nice en 2004, selon le rapport de l'AHRQ en 2006, en cas de césarienne, il existerait un risque de lacération fœtale.</p>

<b>Risques maternels</b>	
<b>Mortalité maternelle</b>	<p>Chez les femmes qui accouchent par césarienne, le taux de mortalité maternelle est quatre fois plus élevé que celui des femmes qui accouchent par voie vaginale, selon les directives cliniques sur l'accouchement vaginal opératoire de la SOGC en 2004, le Nice en 2004 et l'AHRQ en 2006.</p> <p>Le rapport de l'AHRQ de 2006 indique que dans les études évaluées, la décision de programmer une césarienne dans la majorité des cas, était liée à la présence d'une maladie associée (HTA, maladie cardiaque).</p>
<b>Risque anesthésique</b>	<p>Ce risque lié à la césarienne est augmenté. Il est cité par les recommandations du Nice de 2004 et par le rapport de 2006 de l'AHRQ.</p>
<b>Infection</b>	<p>Le risque d'infection est cité par les directives cliniques sur l'accouchement vaginal opératoire de la SOGC en 2004. Le risque d'infection pour la mère serait selon le Nice en 2004, de 2 % plus élevé par rapport à un accouchement par voie basse.</p> <p>Selon le rapport de l'AHRQ de 2006, ce risque est associé à un faible niveau de preuve. Le risque de développer une infection serait plus faible lors d'un accouchement par voie basse que par césarienne mais également plus faible avec une césarienne programmée par rapport à une césarienne non programmée.</p>
<b>Maladie thrombo-embolique</b>	<p>Ce risque est cité par les directives les directives cliniques sur l'accouchement vaginal opératoire de la SOGC en 2004. Pour les recommandations du Nice en 2004, le risque relatif de développer une embolie pulmonaire est majoré pour les accouchements par césarienne par rapport aux accouchements par voie basse.</p>
<b>Hémorragie</b>	<p>Le risque d'hémorragie est cité par les directives cliniques de la SOGC en 2004, et par les recommandations «<i>Birth after previous caesarean birth</i> » du RCOG de 2007.</p>
<b>Hystérectomie</b>	<p>Le Nice en 2004 indique que le risque de subir une hystérectomie en postpartum suite à une hémorragie massive est plus élevé chez les femmes ayant eu une césarienne par rapport aux femmes ayant accouché par voie basse.</p>
<b>Rupture utérine</b>	<p>En cas de grossesse ultérieure, chez une femme ayant eu une césarienne, le risque de rupture utérine est modérément augmenté lors de l'accouchement par voie basse selon le rapport de l'AHRQ de 2006.</p>
<b>Placenta prævia</b>	<p>Lors d'une grossesse ultérieure, la césarienne entraîne une augmentation des risques de placenta prævia selon les directives cliniques de la SOGC en 2004, les recommandations du RCOG en 2007 et le rapport de l'AHRQ en 2006.</p>

## Annexe 2. Principales indications de la césarienne programmée identifiées dans les recommandations

### ► Recommandation française

Le CNGOF dans ces recommandations en 2000 « Césarienne : conséquence et indications » n'a traité que de certaines indications de césarienne.

Le CNGOF recommandait de pratiquer une césarienne en cas de macrosomie fœtale associée à un diabète, avec un poids fœtal estimé supérieur à 4 250 g ou à 4 500 g (variation liée aux imprécisions des estimations du poids fœtal).

- Le CNGOF ne recommandait pas de réaliser systématiquement une césarienne pour la dystocie, l'utérus cicatriciel (antécédent de césarienne), les présentations par le siège, les grossesses gémellaires, dans les cas de prématurité ou d'hypotrophie fœtale.
- En cas de dystocie, le CNGOF recommandait de reconsidérer la réalisation d'une césarienne au bout de 2 heures de travail après stagnation de la dilatation.
- Pour l'utérus cicatriciel, les recommandations du CGNOF citait qu'il n'y avait pas de contre-indication à réaliser un déclenchement de travail par ocytocine tout en reconnaissant une augmentation du risque de rupture utérine.
- Pour les présentations par le siège, le CGNOF indiquait qu'il n'y avait pas de données actuelles pour réaliser systématiquement une césarienne.
- Le CNGOF pour les grossesses gémellaires biamniotiques, ne citait que les exemples où il n'y avait pas d'indication systématique de césarienne selon la présentation du jumeau 1.
- Le niveau de preuve des études disponibles ne permettait pas au CGNOF de recommander une césarienne systématique en cas de prématurité < 32 semaines, ou de fœtus de faible poids < 1 500g.

### ► Recommandations internationales

Cette liste est non exhaustive. Certaines de ces indications sont des situations complexes à discuter lors du projet.

#### Présentation par le siège

**Les recommandations du NICE de 2004** « *Caesarean section* » indiquent de programmer avec le consentement de la femme enceinte une césarienne lorsque :

- la présentation par le siège est associée à une pathologie fœtale ;
- pour les femmes ayant un utérus cicatriciel, ou une malformation utérine, une rupture de membranes, un saignement vaginal, ou une pathologie associée.

Ces recommandations indiquent de programmer une césarienne pour les femmes avec un singleton à terme, pour lesquelles une version externe céphalique est contre-indiquée ou bien dans les cas où une tentative de version a été effectuée et s'est révélée être un échec.

**En 2007 les recommandations du RCOG** « *the management of Breech Presentation* » ne considèrent pas, les situations suivantes comme favorables pour proposer un accouchement par voie basse en cas de présentation par le siège :

- présence d'une contre-indication à un accouchement par voie basse (placenta prævia, pathologies fœtales) ;
- anomalie ou disproportion du bassin ;
- estimation pondérale du fœtus inférieure à 2 000 g, ou supérieure à 3 800 g ;
- absence de déflexion de la tête fœtale ;
- association à une présentation par les pieds ou les genoux ;
- non présence pour l'accouchement d'un obstétricien expérimenté à la pratique d'un accouchement par le siège ;
- antécédent de césarienne.

### Antécédent de césarienne

**Le rapport de 2010 de l'AQRH** « *Vaginal Birth After cesarean : New Insights* » indique que dans la majorité de cas, réaliser un accouchement par voie basse chez une femme enceinte ayant un antécédent de césarienne constitue une décision raisonnable et sûre. Ce rapport indique que la succession de plusieurs césariennes peut entraîner un préjudice grave pour une femme enceinte.

**Les recommandations du RCOG de 2007** « *Birth after previous caesarean* » précisent pour les contre-indications à pratiquer un accouchement par voie basse les éléments suivants : un antécédent de césarienne dite « classique » avec une incision haute et verticale sur toute la longueur du corps utérin, la présence de 3 césariennes successives, un antécédent ou un risque de rupture utérine.

**Les recommandations de la SOGC de 2005** « *Directive clinique sur l'accouchement vaginal chez les patientes ayant déjà subi une césarienne* » précisent les contre-indications à un essai de travail chez les femmes ayant déjà subi une césarienne ; avoir déjà subi une césarienne classique ou présenter une cicatrice utérine en « T » inversé, avoir déjà subi une hystérotomie ou une myomectomie accompagnée d'une intromission dans la cavité utérine ; avoir déjà subi une rupture utérine ; la présence d'une contre-indication au travail, telle que le placenta prævia ou une présentation anormale ; le refus de la patiente de tenter un essai de travail et son exigence d'avoir une césarienne.

### Grossesses gémeillaires

**En 2009, le CGNOF** dans les recommandations « *Les Grossesses Gémeillaires* » a indiqué que la césarienne doit être privilégiée pour les grossesses monochoriales monoamniotiques<sup>3</sup>.

**Les recommandations du Nice en 2004** « *Caesarean section* » indiquent que la pratique courante est de faire une césarienne programmée en cas de présentation non céphalique de l'un des jumeaux, selon un accord professionnel, mais pas avant le terme de 38 semaines.

### Grossesses multiples

**L'American Congress of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)** dans ses recommandations de 2004 « *Multiple gestation: complicated twin, triplet and high-order multifetal pregnancy* », indique que la voie de délivrance doit être déterminée pour les grossesses gémeillaires en prenant en compte la position des fœtus, l'état de la mère et des fœtus. Pour les grossesses multiples (triple et au-delà), une césarienne est réalisée dans la majorité de cas. Selon l'ACOG l'absence de donnée disponible ne permet pas de déterminer la meilleure voie de délivrance.

### Accouchements avant le terme de la grossesse

**Le BMJ en 2010**, dans ses recommandations « *Clinical Evidence : Preterm birth* » ne peut pas prendre position sur le fait de proposer de manière optionnelle ou systématique une césarienne en raison d'un trop faible niveau de preuve de la littérature. Le BMJ note une augmentation des complications maternelles dans le cas où la décision de pratiquer une césarienne a été optionnelle.

**Le Nice en 2004** dans ses recommandations, ne recommande pas de pratiquer en routine une césarienne pour les naissances prématurées.

---

<sup>3</sup> Ce type de grossesse gémeillaire est associé à une forte mortalité liée à la présence quasi systématique d'un enchevêtrement des cordons.

#### Placenta prævia<sup>4</sup>

**La SOGC en 2007** dans ses recommandations « *Diagnosis and management of placenta previa* » précise une indication de césarienne en cas de placenta prævia, en recommandant de prendre en compte : le type d'insertion du bord placentaire par rapport à l'orifice interne du col utérin, la taille du chevauchement existant entre le placenta et l'orifice interne du col utérin, le terme de la grossesse.

#### Vasa prævia<sup>5</sup> (vaisseaux prævias)

**La SOGC en 2009** dans ses recommandations « *Guidelines for the management of vasa previa* » recommande lorsque le diagnostic en anténatale d'un vasa prævia est posé, de proposer une césarienne avant le début du travail.

#### Diabète gestationnel

**Les recommandations de l'AHRQ** en 2008, « *Therapeutic management, delivery and postpartum risk assessment and screening in gestational diabetes* », citent que les données actuelles de la littérature ne leur permettent pas de recommander l'utilisation d'une césarienne par rapport à l'induction d'un accouchement par voie basse dans le cas d'un diabète gestationnel.

#### Femmes enceintes HIV positives

**Le BMJ** en 2008, dans les recommandations « *Clinical Evidence, "HIV: Mother to child transmission"* » indique qu'une césarienne serait plus efficace pour réduire le risque de transmission mère enfant du VIH à 18 mois, qu'un accouchement par voie basse.

#### Femmes enceintes coinfectées par le virus de l'herpès et par le HIV

Selon les recommandations du Nice en 2004 « *Caesarean section* », les femmes enceintes coinfectées par le virus de l'herpès et par le HIV devraient se voir proposer une césarienne programmée. La césarienne réduit la transmission mère enfant des 2 virus.

#### ► La césarienne sur demande de la patiente

**Une revue Cochrane** de Lavender en 2009 « *Caesarean section for non-medical reasons at term(Review)* » conclue qu'il n'y a pas d'études contrôlées randomisées qui permettent de supporter des recommandations pratiques sur les césariennes programmées sans raisons médicales.

**Le National Institutes of Health** en 2006, dans une conférence de consensus « *Cesarean Delivery on Maternal Request* », indique que les césariennes sur demande maternelle ne sont pas recommandées quand la femme enceinte souhaite plusieurs enfants en raison des risques de placenta prævia et accreta. Ces césariennes ne devraient pas être réalisées avant 39 semaines de gestation.

**Le Nice** en 2004 dans ses recommandations « *Caesarean section* » indique que la césarienne sur demande de la mère ne constitue pas une indication de réaliser une césarienne. Le Nice recommande de discuter avec la femme enceinte des risques et des bénéfices de l'accouchement par voie basse par rapport à la césarienne. Le Nice indique qu'un médecin a le droit de refuser de pratiquer une césarienne sur demande maternelle en

---

<sup>4</sup> Un placenta est appelé prævia lorsqu'une partie du placenta s'insère sur une partie ou sur tout le segment inférieur de l'utérus. Il existe une classification en fonction de la position du placenta par rapport au fond de l'utérus. Les placentas du groupe III et IV (placenta prævia) justifient une surveillance échographique accrue.

<sup>5</sup> Pathologie rare mais d'une grande gravité pour le fœtus. Elle se caractérise par la présence, au niveau des membranes amniotiques avoisinant l'orifice interne du col utérin, de vaisseaux appartenant à la circulation fœtoplacentaire.

l'absence d'une raison identifiée. Le choix de la femme enceinte doit être respecté et la femme enceinte doit se voir proposer une orientation vers un second avis médical.

**Le CGNOF** en 2000 dans ses recommandations « Césarienne : conséquence et indications » discute de l'acceptation d'une césarienne pour convenance personnelle qui devrait être précédée du devoir d'information, d'un effort de compréhension, de la demande puis d'une orientation du choix, voire de la persuasion. Le CGNOF indique également « Si les échanges entre le médecin et la patiente, débutés le plus tôt possible au cours de la grossesse, ne peuvent aboutir à la situation idéale de "décision partagée", il reste possible pour le médecin de faire état de la "clause de conscience" et d'orienter la patiente vers l'un de ses confrères».