

EXPÉRIMENTATION PILOTE 2013 DU GUIDE « OPTIMISER LA PERTINENCE DES CÉSARIENNES PROGRAMMÉES À TERME »

La Direction générale de l'offre de soins (DGOS), la Direction de la sécurité sociale (DSS) et la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) ont saisi la Haute Autorité de santé (HAS) sur plusieurs thématiques concernant la pertinence des soins, en raison d'écart de taux de recours constatés sur plusieurs actes. La césarienne programmée à terme est la première des thématiques à faire l'objet d'outils d'amélioration des pratiques spécifiquement orientés sur la prise en compte de la pertinence du parcours du patient, 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_lAmelioration_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** (liste en annexe). 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 1 - MATERNITÉS ENGAGÉES

Alsace : 5 établissements de santé candidats

- CH de Sélestat ; groupe hospitalier St-Vincent à Strasbourg ; groupe hospitalier du Centre Alsace à Colmar ; CH de Thann ; fondation du Diaconat à Mulhouse.

Aquitaine : 24 établissements de santé candidats

- CH de Bayonne, CH de Bergerac, CH de Dax, CH de Libourne, CH de Mont de Marsan, CH d'Orthez, CH de Sarlat, CH Sud Gironde à Langon, MSPB Bagatelle Bordeaux, Polyclinique Bordeaux Nord Aquitaine, Clinique Jean Villar à Bruges, Polyclinique de Navarre à Pau, Clinique Esquirol Saint Hilaire à Agen, Fondation Wallerstein à Arès, CH d'Agen, CH de Blaye, CH d'Oloron, Polyclinique Bordeaux Rive Droite, Clinique Lafourcade à Bayonne, Hôpital privé Saint Martin à Pessac, CHU de Bordeaux, clinique mutualiste à Lesparre Médoc, polyclinique Sokorri à Saint Palais, CHIC de Marmande.

Bourgogne : 2 établissements de santé candidats

- CH de Mâcon ; CH de Semur en Auxois.

Bretagne : 12 établissements de santé candidats

- Clinique La Sagesse à Rennes ; CH de Saint-Malo ; clinique Pasteur à Brest ; polyclinique Kéraudren à Brest ; CH privé Saint-Grégoire à Rennes ; CH Centre Bretagne à Pontivy et Loudéac ; CH privé de Saint-Brieuc ; CH Bretagne Sud à Lorient ; CHU de Brest ; CH de Quimper ; CH Bretagne Atlantique à Vannes ; CH de Fougères.

Centre : 10 établissements de santé candidats

- CH de Vierzon ; CH de Chateauroux ; Pôle de santé Léonard de Vinci à Chambray les Tours ; CHRU Indre et Loire à Tours ; CH de Chinon ; CH de Romorantin ; polyclinique de Blois ; CH de Blois ; polyclinique des Longues Allées à Saint-Jean-de-Braye ; clinique Saint-Cœur à Vendôme.

Champagne-Ardenne : 6 établissements de santé candidats

- Groupement de coopération sanitaire d'Épernay ; CH de Saint-Dizier ; polyclinique Courlancy à Reims ; CHU de Reims ; CH de Troyes ; CH de Chaumont.

Guyane : 1 établissement de santé candidat

- CH de Cayenne.

Ile de France : 37 établissements de santé candidats

- GH Pitié-Salpêtrière à Paris ; GH Necker à Paris ; CH Tenon à Paris ; Institut mutualiste Montsouris à Paris ; clinique Sainte-Félicité à Paris ; clinique Sainte-Thérèse à Paris ; CH de Melun ; CH de Fontainebleau ; CH de Meaux ; polyclinique Saint-Jean à Melun ; clinique de Tournan en Brie ; CHI de Poissy Saint-Germain ; CHI de Meulan les Mureaux ; clinique de Saint-Germain en Laye ; CH de Mantes la Jolie ; CH de Rambouillet ; CH de Versailles ; clinique Saint-Louis à Poissy ; clinique des Franciscaines à Versailles ; CMC de Parly II Ile de France ; hôpital privé de l'Ouest parisien à Trappes ; CH du Sud-Francilien à Corbeil-Essonnes ; CH d'Arpajon ; CH des Quatre Villes à Saint-Cloud et Sèvres ; CHI de Courbevoie-Neuilly-Puteaux ; hôpital franco-britannique à Levallois Perret ; hôpital privé d'Antony ; CH de Saint-Denis ; hôpital privé de Marne la Vallée ; CHI de Villeneuve Saint-Georges ; hôpital privé Armand Brillard à Nogent-sur-Marne ; clinique des Noriets à Vitry-sur-Seine ; CH d'Argenteuil ; clinique du Parisis à Cormeille-en-Parisis ; clinique Claude Bernard à Ermont ; CH d'Eaubonne-Montmorency ; clinique du Vert-Galant à Tremblay-en-France.

Languedoc-Roussillon : 13 établissements de santé candidats

- Clinique Clémentville à Montpellier ; clinique Champeau à Béziers ; CH de Bagnols sur Cèze ; CH d'Alès ; polyclinique Saint-Roch à Montpellier ; clinique Saint-Pierre à Perpignan ; clinique Kennedy à Nîmes ; clinique Saint-Louis à Ganges ; polyclinique le Languedoc à Narbonne ; CHU de Nîmes ; clinique Notre Dame d'Espérance à Perpignan ; CH de Narbonne ; CH de Montpellier.

Limousin : 8 établissements de santé candidats

- CHU de Limoges (hôpital Dupuytren) ; CH de Saint-Junien ; clinique des Émailleurs à Limoges ; CH de Guéret ; CH de Tulle ; CH de Brive ; CH d'Ussel ; clinique Saint-Germain à Brive.

Midi-Pyrénées : 23 établissements de santé candidats

- CH de Rodez ; CH de Decazeville ; clinique Ambroise Paré à Toulouse ; clinique Saint Jean Languedoc à Toulouse ; CH Ariège Couserans à Saint Giron ; CH de Villefranche de Rouergue ; CHIC de Castres ; CH de Tarbes ; clinique Sarrus Teinturiers à Toulouse ; clinique d'Occitanie au Muret ; CH d'Albi ; clinique de l'Union à Saint Jean ; CH du Val d'Ariège (CHIVA) à Foix ; CH Comminges Pyrénées à Saint Gaudens ; CHU de Toulouse ; CH d'Auch ; CH Jean Rougier à

Cahors ; clinique du Pont de Chaume à Montauban ; CH de Saint-Affrique ; hôpital Joseph Ducuing à Toulouse ; CH de Montauban ; CH de Millau ; clinique Croix Saint Michel à Montauban.

Nord Pas de Calais : 19 établissements de santé candidats

- Clinique Anne d'Artois à Bethune ; CH de Douai ; clinique Sainte Ame Lambres Lez à Douai ; polyclinique de Riaumont à Lievin ; CH de Cambrai ; CH de Denain ; CH Sambre Avesnois à Maubeuge ; CH de Valenciennes ; CH le Cateau à Cambresis ; CH de Boulogne sur Mer ; CH de Calais ; CH de l'Arrondissement de Montreuil-sur-mer à Rang-du-Fliers ; CH d'Armentières ; CH de Tourcoing ; CHRU de Lille (hôpital Jeanne de Flandre) ; Groupement des hôpitaux de l'Institut catholique de Lille Saint-Vincent-de-Paul ; polyclinique du Bois à Lille ; polyclinique du Val de Lys à Tourcoing ; CH de Roubaix.

Pays de Loire : 23 établissements de santé candidats

- CHU de Nantes ; CHU d'Angers ; CH du Mans ; CH de Fontenay-le-Comte ; CH de Châteaubriant ; clinique mutualiste Jules Verne à Nantes ; CH de La Roche-sur-Yon ; clinique Saint-Charles à La Roche-sur-Yon ; CH Loire Vendée Océan à Challans ; CH de Cholet ; polyclinique de l'Atlantique à Saint-Herblain ; CH de Laval ; CH Pôle santé Sarthe et Loir à Sablé-sur-Sarthe ; polyclinique du parc à Cholet ; CH d'Ancenis ; CH Côte de lumière aux Sables d'Olonne ; CH Nord Mayenne à Mayenne ; CH de Saumur ; CH de Saint-Nazaire ; CHI du Haut Anjou à Château Gontier ; clinique Brétéché à Nantes ; clinique de l'Anjou à Angers ; clinique du Tertre rouge au Mans.

PACA : 7 établissements de santé candidats (Var et Alpes-Maritimes)

- CH de Cannes ; CH de Draguignan ; CH de Grasse ; CH d'Antibes ; CH de Fréjus ; clinique Saint-Jean à Cagnes ; clinique Saint-Georges à Nice.

Réunion : 7 établissements de santé candidats

- CHU site Sud à Saint-Pierre ; CHU site Nord à Saint-Denis ; clinique Durieux à Le Tampon ; CH Gabriel Martin à Saint-Paul ; clinique Jeanne d'Arc à Le Port ; clinique Sainte Clotilde à Saint-Denis ; groupe hospitalier Est Réunion à Saint-Benoît.

Rhône-Alpes : 29 établissements de santé candidats

- Hôpital d'Oyonnax ; CH de Romans ; CH de Valence ; CH de Bourgoin Jallieu ; clinique Saint-Vincent-de-Paul à Lyon ; CH de Vienne ; clinique du Val d'Ouest à Ecully ; hôpital Croix-Rousse à Lyon ; hôpital Femme-Mère-Enfant à Bron ; hôpital privé Natecia à Lyon ; CH de Sainte-Foy-les-Lyon ; clinique de l'Union à Vaulx-en-Velin ; clinique du Tonkin à Villeurbanne ; CH de Bourg-en-Bresse ; CH de Firminy ; CH de Saint-Chamond ; CH d'Annonay ; hôpital privé de la Loire à Saint-Etienne ; CHU de Grenoble ; clinique Belledonne à Grenoble ; clinique des Cèdres à Grenoble ; CH de Voiron ; CH de Chambéry ; CH de Bourg-Saint-Maurice ; CH d'Albertville-Moutiers ; CH d'Annecy ; CH d'Alpes-Leman ; hôpitaux du Pays du Mont-Blanc à Sallanches ; clinique Générale à Annecy.