

Université de Nantes

Faculté de médecine

Année 2017

N° 027

THESE

Pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(DES de Gynécologie Obstétrique)

Présentée et soutenue publiquement par

Sofia Bennani Abbas née le 11 mai 1987,

Le 25 avril 2017

**MODALITES DE PRISE EN CHARGE DE LA VOIE
D'ACCOUCHEMENT (CHOIX ET INFORMATION) DES
PATIENTES AVEC UN UTERUS UNICATRICIEL.
Audit mené en 2015 sur 20 maternités des Pays de la
Loire.**

Président du jury : Monsieur le Professeur Norbert Winer

Directeur de thèse : Docteur Anne Sophie Coutin

Membre du jury : Monsieur le Professeur Patrice Lopes

Membre du jury : Monsieur le Professeur Paul Barrière

Modalités de prise en charge de la voie d'accouchement (choix et information) des patientes avec utérus unicatriciel. Audit mené en 2015 sur 20 maternités des Pays de la Loire.

Table des matières :

1. REMERCIEMENTS.....	5
2. RESUME.....	7
3. INTRODUCTION.....	8
4. OBJECTIFS DE L'ETUDE.....	11
5. MATERIELS ET METHODES	11
1) Type d'étude.....	11
2) Inclusion / exclusion.....	11
3) Recueil	11
4) Statistiques.....	12
6. RESULTATS.....	13
1) Caractéristiques de la population:.....	13
2) Modalités de prise en charge.....	14
3) Issue et Flow Chart.....	16
4) Correspondance :	18
• Correspondance globale	18
• Correspondance en cas de TAVBAC	19
• Correspondance en cas de CPAC.....	21
5) Information.....	21
6) Etat néonatal	25
7) Complications maternelles.....	26
7. DISCUSSION.....	27
8. CONCLUSION	34

9. ANNEXES.....	36
10. BIBLIOGRAPHIE.....	45

1. REMERCIEMENTS

A mes parents et mes frères, qui m'ont toujours soutenus et sans qui je ne serai pas la aujourd'hui. Pour votre amour inconditionnel et votre patience.

A mon mari, qui attend avec impatience la fin de ce cursus. Merci pour tout l'amour et le bonheur que tu m'apportes.

A mes amies/amis d'enfance, Sarah, Abla, Hajar, Maria, Jamila, Les Saras, Mey, Amine, et tous les autres ! Vous avez égayés ces années d'études parfois laborieuses et m'avez donné la force de continuer.

A Camilia et Abla, mes cousines avec qui j'ai pu partager mes 6 premières années à Paris. Merci pour ces fous rires et vos encouragements pendant toutes ces années d'exil en France.

A mes collègues internes, Céline, Bérénice, Joséphine, Vincent, Mathilde S, Cécile, Arianne, Cergy, Florence, Camille, Mathilde V et j'en passe ! Pour toutes ces années de travail, cette bonne humeur et toutes les histoires incroyables que nous avons vécues ensemble ! Merci pour ce soutien essentiel, et cet esprit d'équipe infallible.

A mes chefs, les docteurs Helene Leborgne, Xavier Duval, Anne Sophie Riteau, Edouard Vaucel, Stéphane Ploteau, Laurent Petit, Julie Esbelin, Yolande Caroit, Claudine Le Vaillant, et tous les chefs de périphéries, pour votre enseignement, vos conseils et votre patience.

A ma directrice de thèse, Anne Sophie Coutin, qui m'a fait l'honneur de m'accompagner pour cette dernière épreuve. Merci pour ton enseignement, pour ta patience, pour ton sourire et ton honnêteté. Merci de m'avoir fait confiance pour cette étude menée conjointement avec le réseau et d'avoir accepté d'être ma directrice de thèse. J'espère sincèrement que dans les années à venir, tu feras un jour escale chez nous, à Marrakech.

A Monsieur le Professeur Winer, pour m'avoir fait l'honneur de présider mon jury de thèse. Merci pour votre enseignement pendant ces cinq années d'internat et pour tous ces réveils mémorables en staff le matin, où l'on a eu la chance d'avoir pu bénéficier de votre expérience et vos précieux conseils. Jamais je n'oublierai ce que vous faites pour vos internes et votre équipe, je vous prie de trouver ici l'expression de mon entière reconnaissance.

A monsieur le Professeur Lopez, notre socle dans le service, autant pour les externes que pour les internes. Merci pour l'accueil chaleureux que vous réservez aux nouveaux arrivants, merci pour vos visites de service toujours passionnantes, pour votre goût de la transmission et votre patience.

A monsieur le Professeur Barrière, pour son accueil, son enseignement et son accompagnement dans ces derniers mois de vie d'interne. Merci d'avoir accepté d'être membre du jury de ma thèse.

Enfin, merci à tous ceux qui ont permis à ce travail de voir le jour, je pense tout particulièrement à Marion Olivier, à Rozenn Collin pour son aide au recueil, et à toutes les équipes des maternités de l'Ouest qui ont bien voulu nous ouvrir les portes de leur structure.

2. RESUME

But : Les recommandations pour la pratique clinique (RPC) concernant la prise en charge des utérus unicatriciels et l'information des patientes ont été actualisées en France en 2012. Par la suite, une étude de conformité menée par le réseau sécurité naissance (RSN) des Pays de la Loire a démontré que les recommandations sur les indications de césarienne itérative n'étaient pas suivies en cas d'utérus unicatriciel. L'objectif de notre étude a été d'évaluer le suivi des RPC sur la prise en charge globale des patientes et son homogénéité parmi les 23 maternités de la région. Elle portait sur les modalités de choix de la voie d'accouchement et de l'information retranscrite dans les dossiers.

Patientes et méthodes : Cette étude observationnelle rétrospective a été réalisée à partir des dossiers médicaux des patientes porteuses d'un utérus uni-catriciel et ayant accouché après le 1^{er} janvier 2015 et à un terme supérieur à 22 semaines d'aménorrhée. Le recueil prenait en compte les antécédents obstétricaux, le terme et les modalités de la décision de la voie d'accouchement, l'issue finale et sa correspondance avec l'intention initiale et les complications materno-foetales observées. L'information des patientes devait porter sur tous les items recommandés dans les RPC du CNGOF.

Résultats : Sur les 3625 accouchements, 240 dossiers ont été retenus et étudiés. 82,9% des patientes ont bénéficié d'une tentative d'accouchement par voie basse après césarienne (TAVBAC) initiale et 17,1% d'une césarienne programmée après césarienne (CPAC). Le terme moyen de la décision de la voie d'accouchement était de 36SA. Le taux de mise en travail effective ou la TAVBAC effective était de 72,5% des patientes. Au final, 58,3% des femmes ont accouché par voie basse et 41,7% par césarienne. Dans 60% des cas, aucune information n'était retrouvée dans le dossier médical. C'était d'autant plus le cas dans le groupe TAVBAC (14,6% contre 69,3% en cas de TAVBAC ; $p < 0,0001$). Lorsque l'information était retrouvée dans le groupe TAVBAC, les items notifiés étaient en majorité les risques de modification de la voie d'accouchement (59 %), et de ruptures utérines (29,5%). Dans le groupe CPAC, l'information retranscrite portait sur l'indication du geste dans 57,1% des cas et les risques pour les grossesses futures dans seulement 5,7% des cas. Aucun dossier ne faisait mention du risque augmenté de thrombose veineuse profonde.

Conclusion : La prise en charge des patientes avec utérus unicatriciel et le choix de la voie d'accouchement était globalement homogène parmi les maternités de l'Ouest et en accord avec les RPC de 2012. Par contre, l'information à donner dans ce contexte apparaissait comme insuffisante dans les dossiers des patientes.

3. INTRODUCTION

La conduite à tenir devant un utérus cicatriciel est l'un des sujets les plus débattus en obstétrique moderne, du fait de la croissance considérable des taux d'accouchement par césarienne (1,2). Pourtant, il n'existe aucune conduite à tenir unanime quant à la décision de la voie d'accouchement pour ces patientes. Rares sont les arguments scientifiques qui permettent de conclure à la supériorité d'une méthode par rapport à une autre (3). En attestent les dernières recommandations de la pratique clinique (RPC) du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) publiées en 2012 (4), qui n'établissent aucune attitude claire et reproductible. Cependant, leur objectif principal est d'élargir les indications de la tentative de voie basse après césarienne (TAVBAC), d'autant plus que cela concerne un utérus unicatriciel. Grâce à ce travail et aux recommandations émises aux Etats Unis par l' American Congress of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), au Canada par la Société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada (SGOC), et au Royaume Uni par le Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG), les taux de césarienne itérative semble se stabiliser (4,10,12,13). La profession espère ainsi réduire les risque d'une intervention chirurgicale, les risques néonataux de détresse respiratoire, et limiter les complications actuellement en hausse, comme le placenta praevia et accreta associé au risque d' hystérectomie d'hémostase, et pour certains, l'apparition chez les enfants, de pathologies auto-immunes à long terme en cas de naissance par césarienne (14–16)

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit et recommande un objectif chiffré entre 10 et 15% de césarienne globale et rappelle que le taux « nécessaire » pour réduire la morbi-mortalité maternelle et foetale, serait d'à peine 5% (5). On peut alors se demander pour quelles raisons nous assistons à cette épidémie mondiale de césariennes. Les causes de la hausse des taux de césarienne sont multifactorielles, mais les plus fréquentes sont l'augmentation de l'âge des patientes et des cas d'obésité, ainsi que l'augmentation du nombre de parturientes avec un utérus cicatriciel. Ces raisons médicales ne suffisent pourtant pas à expliquer la situation actuelle. Au Mexique et en Turquie par exemple, les taux de césarienne sont alarmants, avec respectivement 45,2 et 50,4% de naissance par césarienne.

La sinistralité médicale croissante semble trouver sa part de responsabilité dans la modifications des pratiques de certains obstétriciens (6), d'autant plus que ses coûts s'élèvent d'année en année (3). De nombreux praticiens osent enfin se prononcer sur le sujet car il semblerait que l'accouchement par voie naturelle et les connaissances

obstétricales, pourraient être amenés à disparaître (3,7–9). Les exigences établies par les sociétés savantes, comme la nécessité de pouvoir réaliser dans les plus brefs délais une césarienne en cas de prise en charge de femme avec antécédent d'utérus cicatriciel, imposent à certaine structure à proposer une césarienne programmée d'emblée. De ce fait, dans 30% des maternités aux Etats Unis, une césarienne itérative est proposée d'emblée, faute de pouvoir répondre à ces recommandations (10). Aussi, depuis la loi Kouchner votée en 2002, il est imposé à tout médecin de prouver, grâce à la tenue de ses dossiers, que les patientes ont bien été informées des différents risques encourus, et ceci à chaque étape de la prise en charge. Depuis, l'absence d'information est devenue l'une des causes les plus fréquentes de poursuite judiciaire, notamment en obstétrique (11). Cette utopie judiciaire impose aux soignants de préciser la totalité des effets indésirables possibles, rares ou non, de toutes décisions médicales.

En France, le taux de césarienne global est passé de 15,5% en 1995 à 20,8% en 2010 (10) et la prévalence des parturientes avec un utérus cicatriciel est maintenant de 11%, et 9,1% des parturientes ont un utérus unicatriciel. Dans les dernières données françaises, près de 49% de ces patientes bénéficient d'une tentative de voie basse après césarienne (TAVBAC) et seulement 36,5% accouchent par voie vaginale. Pourtant, le pronostic d'un accouchement par voie basse après mise en travail est tout à fait satisfaisant, avec un taux de succès de 75% (17).

Le principal risque de l'accouchement par voie basse est imprévisible et il s'agit de la rupture utérine avant ou pendant le travail. Elle peut compliquer 0,2 à 0,8% des accouchements quel que soit le nombre de cicatrices utérines (4,18). Ce qui nous laisse penser que le taux de rupture en cas d'utérus uni cicatriciel est encore plus faible. Les différents travaux n'ont pas permis de trouver de nomogramme fiable permettant de prédire ou prévenir ce risque (18–20) et la peur des soignants sur les risques médicolégaux encourues pourraient expliquer l'augmentation des césariennes itératives.

Les recommandations du CNGOF publiées en 2012, s'efforcent d'aider les professionnels de santé à limiter les indications des césariennes itératives mais les études sur le sujet sont rares et de faible puissance. Aussi, elles précisent les items concernant l'information que l'on doit retrouver dans le dossier des patientes, afin de protéger au mieux les décisions des praticiens et réduire les risques d'accusation pour défaut d'information.

En 2013, le réseau sécurité naissances des Pays de la Loire évaluait les taux de conformité des indications des césariennes programmées et itératives en cas d'utérus unicatriciel. Les

résultats sont décevants et amènent à penser à la politique de la voie d'accouchement des patientes avec utérus unicatriciel dans la région depuis les dernières recommandations.

Notre étude fait donc suite à ce travail et à la décision de la commission des gynécologues obstétriciens. Elle avait pour objectif, à l'aide d'un audit mené auprès des 23 maternités de la région, d'évaluer les pratiques et les stratégies de prise en charge des patientes avec un utérus uni-catriciel. L'analyse portait sur les modalités du choix de la voie d'accouchement, ainsi que sur l'information retranscrite dans les dossiers obstétricaux.

4. OBJECTIFS DE L'ETUDE

L'objectif principal de notre étude était d'évaluer la politique de la voie d'accouchement (choix et information) en cas d'utérus uni-cicatriciel dans les Pays de la Loire et évaluer l'homogénéité de la prise en charge dans les 23 maternités de la région.

Les objectifs secondaires étaient d'évaluer les intentions d'accouchement sur utérus unicatriciel : TAVBAC initiale ou CPAC ; évaluer le mode d'accouchement effectif ; évaluer l'information donnée aux femmes à l'aide d'une enquête sur dossier. Connaître l'issue des accouchements en cas d'utérus cicatriciel.

5. MATERIELS ET METHODES

1) Type d'étude

Cette étude multicentrique rétrospective à visée descriptive a été menée par le réseau sécurité naissance des Pays de la Loire.

2) Inclusion / exclusion

Les critères d'inclusion étaient les patientes porteuse d'un utérus uni cicatriciel et ayant accouché après le premier janvier 2015 dans la région de l'Ouest. Il a été décidé d'inclure les 12 premiers accouchements successifs sans sélection, ni tri, des patientes venant accoucher après 22 semaines d'aménorrhée. Il devait s'agir d'une grossesse monofoetale avec naissance d'un enfant vivant ou non. Les interruptions médicales de grossesse ont été exclues de notre travail.

3) Recueil

Le recueil a été réalisé sur dossier, en externe (par un interne ou un membre de l'équipe du réseau sécurité naissance) ou en interne par l'un des médecins de la structure étudiée à l'aide du questionnaire préalablement établi par la commission des obstétriciens (annexe 1).

Les caractéristiques obstétricales prenaient en compte l'âge des patientes, la gestité et la parité, l'indication de la première césarienne, l'issue des grossesses antérieures avec les poids de naissance. Pour la grossesse actuelle, les paramètres relevés permettant d'évaluer les modalités de prise en charge de ces patientes, étaient le terme de décision de la voie d'accouchement, la réalisation ou non d'une radiopelvimétrie et/ou d'une échographie de cicatrice de césarienne. Concernant le mode d'accouchement, nous avons évalué la présentation fœtale, la mise en travail spontanée ou déclenchée, l'issue de l'accouchement et les complications éventuellement rencontrées en per ou post partum.

Nous avons recherché la présence écrite ou non des différents points recommandés par les RPC concernant l'information. Elle devait porter sur l'indication, les bénéfices et risques de chaque méthode, les risques de changement des modalités de l'accouchement en cas d'évènement intercurrent, les risques de rupture utérine en cas d'accouchement par voie basse ou les risque de thrombose veineuse profonde et de placenta accreta pour une future grossesse en cas de césarienne. Les informations non consignées dans le dossier étaient considérées comme non transmises à la patiente.

4) Statistiques

Les données des patientes ont été anonymisées avant informatisation pour analyse statistique à l'aide du logiciel Epidata. Nous avons réalisé une analyse descriptive et les variables quantitatives ont été décrites en médiane, les variables qualitatives en nombre de patientes et en pourcentage. Les analyses ont été faites par le logiciel Epidata.

6. RESULTATS

1) Caractéristiques de la population:

Vingt maternités sur les vingt-trois présentes dans les Pays de la Loire ont finalement participé à notre étude, soit près de 87% de participation. On dénombre 3 maternités de niveau 3, 10 maternités de niveau 2 et 7 maternités de niveau 1 (Tableau 1). Treize de ces structures sont publiques et sept sont du domaine privé.

Maternité de Niveau 1	CH d'Ancenis CH de Fontenay le Compte CH de Château Gonthier (Haut Anjou) Pole Sarthe et Loire (PSSL) Clinique Brétéché Clinique Saint Charles Clinique du Parc
Maternité de Niveau 2	CH de La Roche sur Yon CH de Saint Nazaire CH de Cholet Clinique Jules Verne Polyclinique de l'Atlantique CH de Laval CH de Châteaubriant CH de Saumur Clinique Anjou Clinique du Tertre Rouge
Maternité de Niveau 3	CHU d'Angers CHU de Nantes CH du Mans

Tableau 1 : Les 20 maternités des Pays de la Loire ayant participé à l'Audit. CH=Centre hospitalier, U universitaire.

Durant notre période d'étude, 3625 patientes ont accouché et parmi elles 240 avaient un utérus uni cicatriciel. 589 césariennes ont été réalisées sur cette durée soit un taux de césarienne de 16,2%. Le taux de césarienne sur l'année 2015 était par ailleurs de 17,1% (données du RSN). Les périodes d'études varient en fonction du type de maternité puisque

nous relevions systématiquement au moins 12 dossiers par structure. 240 patientes avec utérus uni cicatriciels ont donc pu être incluses.

L'âge moyen des parturientes était de 31,5 ans (min : 20,4 ; max : 43,9) et il s'agissait en majorité d'un second accouchement ou de deuxième pares (72,5%). Pour 71,3% des femmes, leur première césarienne ne fut pas programmée mais réalisée en urgence avant ou pendant le travail (n=171). Le terme moyen de ces accouchements antérieurs était de 38,8 semaines d'aménorrhée (médiane=39). Il était de 39,2 pour les accouchements par voie basse. Le poids de naissance moyen des nouveau-nés des accouchements antérieurs à la grossesse actuelle, lorsqu'il était renseigné, était de 3266 g (médiane=3300). Il était de 3313 g pour les accouchements par voie basse.

L'indication était maternelle dans 5,8% des cas (14/240) : pathologies maternelles autres que gynécologique (3) ; anomalie périnéale (1) ; souhait maternel (2) ; infection VIH (1) ; antécédent d'arthrodèse dorsolombaire (1) ; diabète gestationnel (1) ; diabète de type 1 avec néphropathie(1) ; hypertension artérielle (1) ; césarienne post traumatique(1), refus de déclenchement à terme dépassé (1), et souhait maternel après rupture prématurée des membranes et présentation du siège à 35SA(1).Lorsqu'une cause fœtale était l'indication de la première césarienne, il s'agissait d'anomalies du rythme cardiaque fœtales dans 46,5% (74) des cas, d'une présentation par siège dans 34% des cas (54), de la présence d'un retard de croissance in utero (6) ou d'une malformation fœtale (2), d'une suspicion de macrosomie (13), de grossesse gémellaire (3) ou d'autres causes plus anecdotiques (7).

Parmi les causes obstétricales indiquées pour la première césarienne, 34,4 % (n=42) étaient dues à une stagnation de la dilatation, 15,6% (n=19) à un non engagement à dilatation complète. On retrouvait des cas de pré éclampsies (15), de placenta preavia (4), de rupture prématurée des membranes (13), de bassins rétrécis (10), et des termes dépassés (>41SA) avec un col défavorable (13). D'autres causes ont justifié la première césarienne (6) avec des échecs de déclenchement (4), un hématome rétro placentaire et une procidence du cordon.

2) Modalités de prise en charge

Les patientes étaient suivies en externe puis dans une structure publique ou directement au sein de la maternité où avait eu lieu l'accouchement, et par différents obstétriciens. Le terme moyen de la décision initiale concernant la voie d'accouchement des patientes avec un

utérus unicatriciel était présent dans 78,8% des dossiers (182/240) et était en moyenne de 36SA (médiane 37SA ; min= 16SA-max : 41SA).

Parmi les 199 TAVBAC initiales, 38 patientes (19,1%) ont eu une prescription pour une radiopelvimétrie (11,6%) ou une échographie de cicatrice (7,5%). Dans 80,4% des cas, le compte rendu opératoire antérieur a été récupéré. Aucune césarienne itérative ou CPAC en cas d'absence de compte rendu opératoire (**Tableau 1**).

Pour les 41 CPAC initiales, on retrouvait une seule indication de césarienne (2,4%) pour utérus uni cicatriciel, et pour neuf patientes (22%), une proposition de voie basse avait été faite (**Tableau 2**).

Tableau 1 : Modalités des intentions de TAVBAC

Code maternité	intention de TAVBAC		Radiopelvimétrie		Echographie de la cicatrice utérine réalisée		CR opératoire récupéré	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1	11	91,7	0	0,0	9	81,8	10	90,9
2	10	83,3	0	0,0	0	0,0	10	100,0
3	9	75,0	0	0,0	0	0,0	6	66,7
4	11	91,7	1	9,1	0	0,0	10	90,9
5	12	100,0	0	0,0	0	0,0	10	83,3
6	12	100,0	0	0,0	0	0,0	8	66,7
7	11	91,7	0	0,0	1	9,1	11	100,0
8	10	83,3	0	0,0	0	0,0	8	80,0
9	11	91,7	0	0,0	3	27,3	10	90,9
10	12	100,0	0	0,0	0	0,0	12	100,0
11	12	100,0	2	16,7	0	0,0	12	100,0
12	9	75,0	0	0,0	0	0,0	6	66,7
13	7	58,3	0	0,0	0	0,0	7	100,0
14	8	66,7	0	0,0	0	0,0	8	100,0
15	11	91,7	3	27,3	2	18,2	6	54,5
16	8	66,7	2	25,0	0	0,0	7	87,5
17	11	91,7	2	18,2	0	0,0	7	63,6
18	8	66,7	4	50,0	0	0,0	6	75,0
19	7	58,3	5	71,4	0	0,0	3	42,9
20	9	75,0	4	44,4	0	0,0	3	33,3
Total	199	82,9	23	11,6	15	7,5	160	80,4

Tableau 2 : Modalités des intentions de césarienne programmée

Code maternité	CPAC		Proposition d'AVB		Radiopelvimétrie		Echographie de la cicatrice utérine		CR opérateur récupéré	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1	1	8,3	0	0	0	0	1	100	1	100
2	2	16,7	1	50	0	0	0	0	2	100
3	3	25,0	0	0	0	0	0	0	1	33,3
4	1	8,3	0	0	1	100	0	0	1	100
5	0	0,0								
6	0	0,0								
7	1	8,3	0	0	0	0	0	0	0	0
8	2	16,7	1	50	0	0	0	0	2	100
9	1	8,3	0	0	0	0	1	100	1	100
10	0	0,0								
11	0	0,0								
12	3	25,0	1	33,3	0	0	0	0	3	100
13	5	41,7	2	40	0	0	0	0	4	80
14	4	33,3	0	0	0	0	0	0	3	75
15	1	8,3	0	0	0	0	0	0	0	0
16	4	33,3	2	50	0	0	1	25	3	75
17	1	8,3	0	0	0	0	0	0	1	100
18	4	33,3	1	25	0	0	0	0	3	75
19	5	41,7	1	20	3	60	0	0	1	20
20	3	25,0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	41	17,1	9	22,0	4	9,8	3	7,3	26	63,4

3) Issue et Flow Chart

Le terme moyen à l'accouchement était de 39SA et 4 jours (médiane=39,5 ; min=29,4 ; max=42). Lorsqu'une TAVB était prévu, le terme moyen à l'accouchement était de 39,6 contre 38,5 lorsqu'une césarienne était programmée.

L'issue des 240 accouchements était pour 58,3% des patientes, un accouchement par voie basse (140 /240), avec 47,5% d'accouchements eutociques et 10,8 % d'accouchements nécessitant une extraction instrumentale. Le taux de césarienne global était donc de 41,7% avec 17,1% de césariennes programmées d'emblée et 14,2% de césariennes pendant le travail. 11,2%(27/240) des femmes ont fini par avoir une césarienne en fin de grossesse et avant la mise en travail alors qu'une tentative de voie basse avait été décidée. Elles ont été notées dans le Flow Chart avec les CPAC (**Tableau 3**).

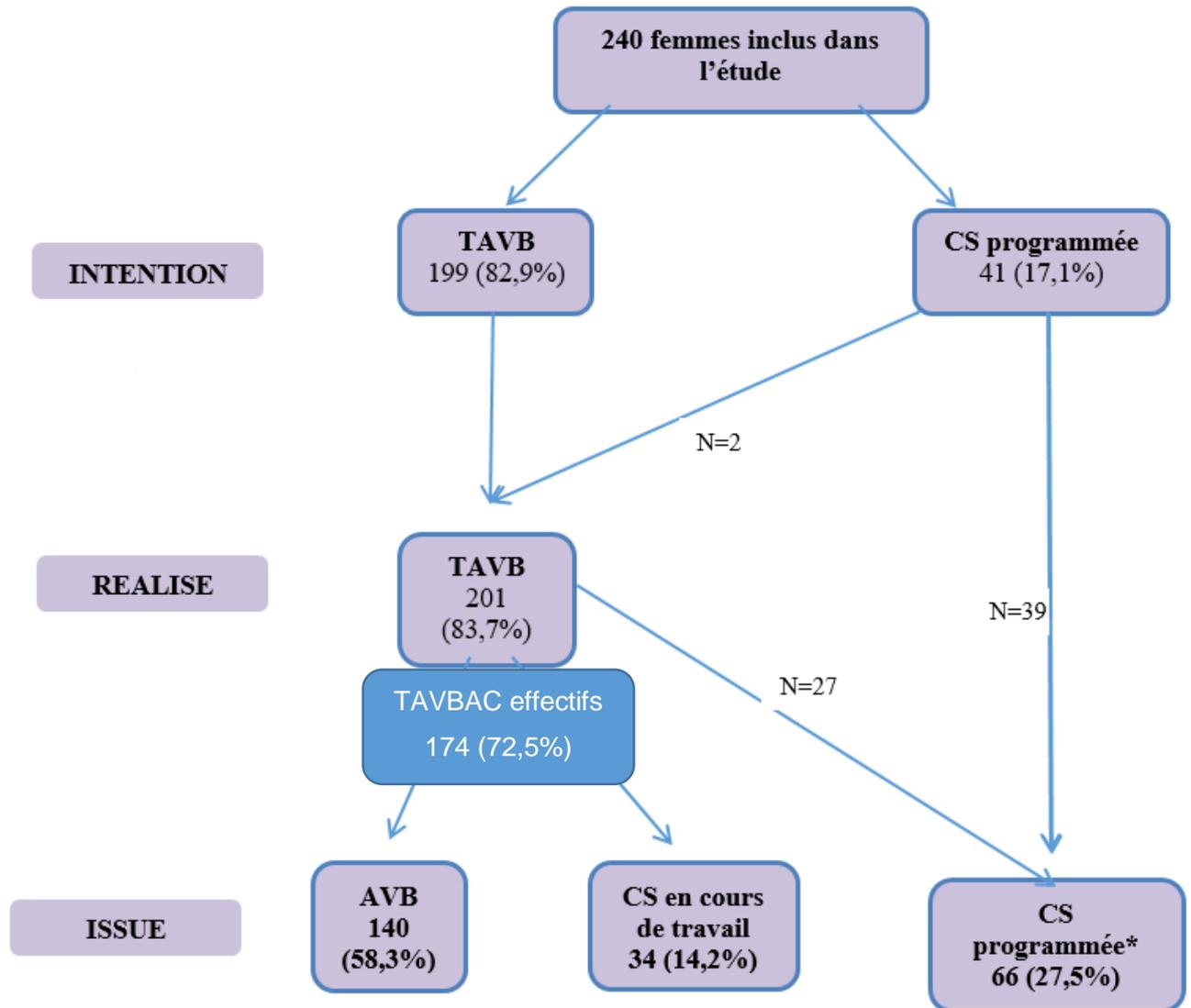
On retrouve une intention initiale de voie basse après césarienne dans 82,9% des cas puis une véritable mise en travail pour 72,5% des patientes. 17% des patientes sont donc orientées d'emblée vers une césarienne itérative et programmée. Lors du suivi, 2 patientes sont passées du groupe CPAC au groupe TAVBAC et 27 ont fini par bénéficier d'une césarienne avant travail alors qu'une TAVBAC avait été choisie. Soit un taux global de césarienne avant travail à 27,5%.

Il n'a pas été constaté de corrélation selon le niveau des maternités ou le nombre d'acc/an entre le taux de TAVB et le taux de CPAC ($p=0,28$ et $p=0,98$)

Parmi les 174 femmes qui se sont mises en travail, 140 (soit 80,4%) ont effectivement accouché par voie basse. Et 34 soit 19,5% des patientes (34/174) ont eu une césarienne en cours de travail.

Parmi les 18 patientes déclenchées, 4 ont été déclenchées par la mise en place d'un ballonnet et 14 par administration d'ocytocine seule par voie intraveineuse. Parmi elles, 13 (72,2%) ont accouché par voie basse et 5 (27,8%) ont été césarisées.

La présentation était céphalique dans 95% des cas ($n=228$), en siège dans 4,2% des cas (10) et transverse dans 2% des cas. Toutes les patientes avec présentation du siège et utérus uni cicatriciel ont accouché par césarienne. Parmi les 138 accouchements par voie basse, 17,4% ont nécessité une extraction instrumentale ($n=24/138$).



Flow Chart : * Cs programmée englobant les CPAC initiales et les césariennes avant mise en travail.

4) Correspondance :

- **Correspondance globale**

Dans 73,8% des cas, l'issue de l'accouchement correspondait à ce qui était prévu initialement (177/240 ou 39+138/240). Ce taux de correspondance globale était différent en fonction du niveau de la maternité en charge de l'accouchement avec un taux de 76,2% pour les maternités de type I, de 67,5% pour les type II, de 88,9% pour les type III ($p=0,03$). Il n'a pas été retrouvé de différence entre secteur privé et public ($p=0,07$) ou entre les maternités

de plus ou moins 1000 accouchements par an (acc/an), entre 1000 et 2500 acc/an ou à plus de 2500 acc/an (p=0,40) (**Tableau 3**).

- **Correspondance en cas de TAVBAC**

Au tout début de la prise en charge, 82,9% des patientes étaient prévues dans le groupe TAVBAC. Quand une TAVBAC était prévue, l'issue était un accouchement par voie basse dans 69,4% des cas (138 /199). Aucune différence n'a été relevée quel que soit le niveau de la maternité ou le nombre d'accouchements par an. Le taux de correspondance quand une TAVBAC était prévue était de 56% pour les maternités de type I, de 55,8% pour les type II, de 72,2% pour les type III (p=0,18). Le taux de correspondance quand une TAVBAC était prévue était de 58,3% pour les maternités avec <1000 acc/an, de 51,4% pour les maternités entre 1000 et 2500 acc/an, de 64,3% pour les maternités de >=2500 acc/an (p=0,27). On retrouvait par contre une différence significative des taux de correspondance entre le secteur privé et public avec respectivement des taux à 42,9% et de 66,7% (p=0,0004). L'indication principale de conversion en césarienne était le terme dépassé (>41SA) associé à des conditions locales défavorables (11/27 soit 40,7%) (**Tableau 4**).

Tableau 3 : Issue et correspondance

Code maternité	Issue = CS		Issue = VB		Correspondance entre Intention et Issue		Correspondance entre Intention et Issue quand CS prog prévue*		Correspondance entre Intention et Issue quand TAVB prévue	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1	2	16,7	10	83,3	11	91,7	1	100,0	10	90,9
2	5	41,7	7	58,3	9	75,0	2	100,0	7	70,0
3	3	25	9	75	12	100,0	3	100,0	9	100,0
4	5	41,7	7	58,3	8	66,7	1	100,0	7	63,6
5	4	33,3	8	66,7	8	66,7	0	/	8	66,7
6	2	16,7	10	83,3	10	83,3	0	/	10	83,3
7	4	33,3	8	66,7	9	75,0	1	100,0	8	72,7
8	5	41,7	7	58,3	7	58,3	1	50,0	6	60,0
9	6	50	6	50	7	58,3	1	100,0	6	54,5
10	0	0	12	100	12	100,0	0	/	12	100,0
11	4	33,3	8	66,7	8	66,7	0	/	8	66,7

Code maternité	Issue = CS		Issue = VB		Correspondance entre Intention et Issue		Correspondance entre Intention et Issue quand CS prog prévue*		Correspondance entre Intention et Issue quand TAVB prévue	
12	3	25	9	75	12	100,0	3	100,0	9	100,0
13	9	75	3	25	8	66,7	5	100,0	3	42,9
14	6	50	6	50	10	83,3	4	100,0	6	75,0
15	5	41,7	7	58,3	8	66,7	1	100,0	7	63,6
16	6	50	6	50	10	83,3	4	100,0	6	75,0
17	8	66,7	4	33,3	5	41,7	1	100,0	4	36,4
18	8	66,7	4	33,3	6	50,0	3	75,0	3	37,5
19	10	83,3	2	16,7	7	58,3	5	100,0	2	28,6
20	5	41,7	7	58,3	10	83,3	3	100,0	7	77,8
Total	100	41,7	140	58,3	177	73,8	39	95,1	138	69,3

<i>Causes de conversion des TAVBAC initiales en CPAC</i>	N = 27
<u>Causes maternelles 22</u>	
- Terme dépassé et conditions locales défavorables	11
- Souhait maternel	3
- RSM* et conditions locales défavorables	3
- Autres (PE*, échec ballonnet)	3
- Bassin rétréci	2
<u>Causes fœtales 5</u>	
- Macrosomie	3
- Siege	1
- Autres (RCIU* et ARCF*)	1

Tableau 4: Causes des conversions TAVBAC vers CPAC : PE= pré éclampsie, RCIU= retard de croissance in utero, ARCF = anomalie du rythme cardiaque fœtal.

- **Correspondance en cas de CPAC**

Pour les 41 césariennes programmées initialement, 39 patientes ont bien bénéficié d'une geste prévu soit 95,1% de concordance. Le taux de correspondance était significativement différent lorsque l'on analysait le niveau des maternités. Il était de 76,2% pour les maternités de niveau I de 67,5% pour les type II et 88,9% en niveau III ($p=0,003$). Le taux de correspondance était de 66,7% pour les maternités du secteur privé, de 77,6% pour les maternités du secteur public ($p=0,07$). Le taux de correspondance était de 75% pour les maternités avec <1000 acc/an, de 68,1% pour les maternités entre 1000 et 2500 acc/an, de 77,4% pour les maternités de ≥ 2500 acc/an ($p=0,40$).

Pour une seule patiente (2,4%), l'indication de la césarienne a été posée sur le seul élément d'un utérus cicatriciel et pour neuf autres patientes (22%), une proposition de voie basse a été faite mais refusée. L'absence de récupération du compte rendu opératoire n'a conduit dans aucun des cas à la programmation de la césarienne.

5) Information

L'information retranscrite dans les dossiers a pu être analysée pour les 240 patientes incluses. Dans 60% (144/240) des cas, aucune notion d'information n'était retrouvée que cela concerne une TAVBAC ou une CPAC. Parmi les 41 patientes du groupe CPAC, on ne retrouvait aucune information dans 14,6% des cas (**Tableau 7**). Par contre, 85,4% (35/41) d'entre elles, avaient au moins une information notifiée dans le dossier alors qu'en cas de TAVBAC, seulement 30,7% ($n=61/199$) des patientes avaient au moins une information retranscrite. Dans le groupe TAVBAC, aucune information n'était retrouvée pour 69,3% des cas. On retrouve donc globalement plus d'information retranscrite en cas de césarienne programmée ($p<10^{-4}$) (**Tableau 5**).

Le type d'information recherchée était basé sur les dernières RPC du CNGOF de 2012. Parmi les dossiers de TAVBAC où l'on retrouvait au moins une information ($n=61$), celle-ci concernait en majorité la possible modification du mode d'accouchement en cas d'évènement intercurrent à la grossesse (59%), puis les conditions d'acceptation (32,8%), le rapport bénéfices/risques (29,5%) et les risques de l'accouchement par voie basse à savoir le risque de rupture utérine (29,5%). Dans 31% des cas, d'autres risques étaient spécifiés comme le risque de placenta accreta ou juste une notion d'« information » sans précision.

Dans le groupe TAVBAC : Le taux d'information retrouvé dans les dossiers n'est pas significativement différent entre les différents niveaux de maternités (type 1 : 31,3% avec au moins une information ; type 2 : 26,5% ; type 3 : 43,3% ; $p=0,21$). Par contre on retrouve

une différence en faveur des établissements publics avec 36,5% des dossiers comportant au moins une information et 17,7% dans les structures privées. (p=0,008).

Type d'information donnée (TAVBAC)	N	% ramené au nombre de dossier avec au moins une info (n=61)
Modification possible du mode d'accouchement si nouveaux éléments	18	59,0
Conditions d'acceptation	20	32,8
Rapport Bénéfices/Risques	36	29,5
Risques de complications de la VB (rupture utérine)	18	29,5
Risques de complications de la césarienne en urgence	6	9,8
Autre (accreta, percreta, info non détaillée)	19	31,1

Tableau 5 : Type d'information retranscrite dans le dossier en cas de TAVBAC, RPC 2012.

En cas de CPAC, et parmi les 35 patientes ayant dans leur dossier au moins une information retranscrite, l'information majoritaire était l'indication de la césarienne avec 57,1% des dossiers concernés. Les rapports bénéfiques/risques étaient mentionnés dans 14,3% des cas, les conditions de réalisation dans 5,7% des cas et les risques pour la grossesse future dans 5,7% des cas. Aucun des dossiers ne faisait mention de l'augmentation du risque thromboembolique en cas de césarienne (**Tableau 6**).

Type d'information donnée (CPAC)	N	% ramené au nb de dossiers avec au moins 1 information (n=35)
Indication	20	57,1
Rapport Bénéfices/Risques	5	14,3
Conditions de réalisation	2	5,7
Modification possible du mode d'accouchement si nouveaux éléments	3	8,6
Risques de complications pour les grossesses futures	2	5,7
Augmentation des accidents thromboemboliques	0	0,0

Tableau 6 : Information retranscrite en cas de CPAC initiale

Lorsqu'au moins une information était retrouvée elle concernait les complications possibles (toutes les complications confondues) dans 9,1% (2) des dossiers du groupe CPAC et 37,7%(23) des dossiers de TAVBAC ($p=0,01$). Donc on retrouve plus d'information sur les complications possibles en cas de TAVBAC.

Quand il s'agissait du groupe TAVBAC (199), on notait au moins une information sur les complications dans 11,6% des cas et dans le groupe CPAC dans 4,9% des cas ($p=0,20$). Et ces taux étaient différents selon le type de maternité avec 5,9% pour les maternités de niveau 1, 7,8% pour les niveaux 2 et 36,7% dans les niveaux 3 ($p<0,0001$).

Code maternité	Aucune info notée dans le dossier				Au moins 1 info notée dans le dossier				Total dossiers avec info	
	dossier de CS programmée		dossier intention TAVB		dossier de CS programmée		dossier intention TAVB		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%		
1	0	0,0	2	18,2	1	100,0	9	81,8	10	83,3
2	0	0,0	6	60,0	2	100,0	4	40,0	6	50,0
3	0	0,0	9	100,0	3	100,0	0	0,0	3	25,0
4	0	0,0	11	100,0	1	100,0	0	0,0	1	8,3
5	0		6	50,0	0		6	50,0	6	50,0
6	0		9	75,0	0		3	25,0	3	25,0
7	1	100,0	9	81,8	0	0,0	2	18,2	2	16,7
8	0	0,0	6	60,0	2	100,0	4	40,0	6	50,0
9	0	0,0	1	9,1	1	100,0	10	90,9	11	91,7
10	0		11	91,7	0		1	8,3	1	8,3
11	0		6	50,0	0		6	50,0	6	50,0
12	0	0,0	9	100,0	3	100,0	0	0,0	3	25,0
13	1	20,0	2	28,6	4	80,0	5	71,4	9	75,0
14	1	25,0	6	75,0	3	75,0	2	25,0	5	41,7
15	0	0,0	8	72,7	1	100,0	3	27,3	4	33,3
16	2	50,0	7	87,5	2	50,0	1	12,5	3	25,0
17	0	0,0	8	72,7	1	100,0	3	27,3	4	33,3
18	0	0,0	6	75,0	4	100,0	2	25,0	6	50,0
19	0	0,0	7	100,0	5	100,0	0	0,0	5	41,7
20	1	33,3	9	100,0	2	66,7	0	0,0	2	16,7
Total	6	14,6	138	69,3	35	85,4	61	30,7	96	40,0

Tableau 7 : Traçabilité de l'information dans les dossiers

6) Etat néonatal

Tous les nouveaux nés étaient nés vivants (n=240). Le poids de naissance moyen était de 3357g (min 1590 g max 4610g) et 80,4% des nouveaux nés avaient un score d'Apgar à 10 à 1 minute de vie, 91,2% à 5 minutes et 97,9% à 10 minutes. Le pH artériel moyen était de 7,3 (n=196), le taux de lactate moyen à 4 mmol/L. 7,5% des nouveaux nés ont été transférés dans un service de néonatalogie à la naissance (18/240) et les causes comprenaient une prématurité (9), des détresses respiratoires (2), une hypotrophie (3), une suspicion d'infection materno-fœtale (1), une hypoglycémie répétée (1), un ictère sur allo immunisation (1) et un syndrome de sevrage avec ictère (1) (**Tableau 8**).

Paramètres néonataux	TVBAC	CPAC	p
	%	%	
APGAR < 7 (à 5 minutes)	3,03 (n=6)	2,44 (n=1)	1
Transfert en NN	7,04 (n=14)	9,76 (n=4)	0,52
	<i>Moyenne (ET)</i>	<i>Moyenne (ET)</i>	
pH	7,25 (0,09)	7,26 (0,08)	0,63
Lactates	4,19 (2,21)	3,57 (1,52)	0,28

Tableau 8 : Paramètres néonataux suite à une TAVBAC et à un CPAC

7) Complications maternelles

Le taux de complications maternelles est de 5,8% avec 14 complications au total. Parmi ces complications on retrouvait 2 ruptures utérines, 10 hémorragies du post partum dont 8 sévères, 1 hystérectomie et 1 infection de paroi. En cas de TAVBAC, 10 complications sont à déplorer et 4 en cas de CPAC (**Tableau 9**).

Groupe TAVBAC	7 HPP dont 5 sévères 1 infection de paroi 2 ruptures utérines
Groupe CPAC	3 HPP sévères 1 Hystérectomie

Tableau 9 : Complications maternelles après TAVBAC et CPAC

7. DISCUSSION

L'objectif de notre étude était d'évaluer le suivi des RPC quant aux stratégies de prise en charge et de décision de la voie d'accouchement en cas d'utérus unicatriciel et de grossesses monofoetale. Elle permettait aussi d'estimer l'information transmise aux patientes en pré partum. Dans la région des Pays de la Loire, la politique de choix de la voie d'accouchement est proche de celle retrouvée au niveau national. Par contre, le suivi des recommandations concernant l'information à délivrer et à retranscrire dans les dossiers est insuffisant.

Il convient de bien distinguer une TAVBAC initiale (discussion entre la patiente et le médecin pour choisir la voie d'accouchement) et une TAVB effective, c'est-à-dire au moment où la patiente entre en travail, pour pouvoir comparer les chiffres des différentes données de la littérature. Aussi, à la fin de notre étude, s'ajoute aux CPAC initiales, les « conversion » en fin de grossesse du groupe TAVBAC au groupe « césarienne en dehors du travail ».

Le bon taux de participation des maternités (86,9% soit 20/23 maternités) à l'étude nous a permis de faire un point global sur les pratiques ainsi que leurs homogénéités dans la région et d'évaluer en partie, la prise en charge des patientes avec utérus unicatriciel dans le cadre d'une grossesse monofoetale. Les maternités sont essentiellement de niveau 2 (50%) puis de niveau 1 (35%) et 3 (15%). 65% d'entre elles sont du domaine public et 35% du privé. On constate que les modalités de choix sont en accord avec les RPC, et que l'on retrouvait dans la majorité des dossiers (78%) la date et le nom du médecin ayant pris la décision de la voie d'accouchement. De plus, le choix de la voie d'accouchement se faisait bien au début du 9ème mois (en moyenne à 36 SA).

Les 3/4 des grossesses étudiées (73%) étaient des deuxièmes grossesses évolutives et l'indication de la première césarienne était le plus souvent la présence d'ARCF, d'une présentation du siège ou d'une stagnation de la dilatation cervicale. La présentation du siège reste dans la littérature, une cause redondante de césarienne programmée, même en cas d'utérus sain (21). Cela s'explique par ailleurs par le risque imprévisible des rétentions de tête dernière lors de l'accouchement et le droit des patientes à choisir l'indication d'une césarienne première même si la tentative de voie basse est considérée comme possible par l'obstétricien (22,23). Aussi, l'introduction de la surveillance électronique continue du cœur fœtal ou monitoring a fait décoller la fréquence des césariennes, sans bénéfice globalement évident pour la santé des nouveau-nés et sans réduction de la fréquence des séquelles d'encéphalopathies anoxiques de la naissance (7). Le monitoring fœtal est un test imparfait

de dépistage du risque pendant le travail mais semble être considéré par la population générale comme étant un examen très performant justifiant (15).

Une proportion non négligeable de patientes de la région ont une prescription d'examen non recommandé par les RPC du CNGOF, afin d'évaluer le pronostic d'un accouchement par voie basse. En outre, la réalisation de radiopelvimétrie semble à nouveau associée dans notre cohorte à une proportion plus élevée de césarienne itérative ($p=0,0006$) (4). L'autre examen est l'échographie de la cicatrice de césarienne pour évaluer le risque de rupture utérine. On sait pourtant que cette évaluation n'a jamais été reconnue comme un examen fiable pour la prévention d'un tel événement (18,24). Il pourrait même augmenter les craintes des parturientes et des équipes soignantes, d'une complications qui restent tout de même exceptionnelle (1).

Les intentions de TAVBAC en cas d'utérus unicatriciel dans les maternités des Pays de la Loire rejoignent les chiffres nationaux publiés suite à l'enquête nationale périnatale (ENP) de 2010 (17) et semblent même être supérieurs. Le taux de TAVAC initial était de 82,9%, et le TAVABAC effectif, c'est-à-dire avec mise en travail, était de 72,5% (17). Ce dernier chiffre était de 57,3% au niveau national, en 2010.

Les taux de succès de la TAVBAC quand il y a mise en travail, spontanée ou déclenchée, était tout à fait rassurant puisqu'il était dans notre analyse de 80,4% (140/175). Dans l'ENP, on publiait un taux de succès de 75% en cas de mise en travail. A Marseille, dans l'étude de Aubert et al., où l'on étudiait les utérus uni ou multicatriciels, le taux de TAVBAC effective était de 60%, et parmi ces patientes, 67,3% avait accouché par voie basse. Le taux global des patientes avec utérus unicatriciel ayant accouché par voie basse dans notre cohorte était de 58,3%, soit un taux plus élevé que le taux national qui était de 36,5% (17).

Parmi nos 240 patientes, 27,5%(66/240) ont finalement bénéficié d'une césarienne avant mise en travail dont 59% (39/66) de CPAC initiale et 41% (27/66) de césariennes décidées en fin de grossesse (TAVBAC initiale convertie en césarienne avant travail). Au niveau national les chiffres de césarienne avant travail étaient plus élevés et estimés à 42,7%.

Le déclenchement des patientes avec utérus unicatriciel semble être tout aussi efficace qu'une mise en travail spontanée avec 72,2% de succès d'accouchement par voie basse. Dans l'étude de Landon (25), 67,4% des patientes déclenchées accouchaient aussi par voie basse et ce chiffre englobait tous les utérus cicatriciels. Les déclenchements semblent augmenter les risques de rupture utérine avec plus 1% en cas de déclenchement par syntocinon, et plus de 2% en cas d'utilisation de prostaglandines(NP2) mais peu d'étude évaluée par contre la méthode mécanique de l'utilisation du ballonnet. Il est admis que

certaines facteurs de risques peuvent réduire ce risque comme limiter la stagnation de la dilation à moins de 3 heures (26)(27) (28).

Parmi les facteurs favorisant l'accouchement par voie basse en cas d'utérus unicatriciel, on retrouve, comme dans la littérature (4), que le fait d'avoir un antécédent d'accouchement par voie basse est un facteur de bon pronostic. Il n'y avait par ailleurs aucune différence significative selon l'indication de la première césarienne ($p=0,2$) alors que dans certaines études, il semble que les antécédents de césarienne pour stagnation ou pour non engagement peuvent être considéré comme un risque d'échec de TAVBAC (NP3) et qu'un score de Bishop favorable en début de travail améliore les chances d'accoucher par voie basse (19) . Les différents scores ou nomogrammes sont pour le moment inutiles et ne permettent pas d'évaluer correctement le pronostic obstétrical réel (accord professionnel).

Les indications de césarienne avant travail et en fin de grossesse, malgré une décision initiale de TAVBAC, étaient en majorité le terme dépassé et les conditions locales défavorables. En cas de terme dépassé, il est autorisé d'attendre un terme de 42,6SA mais rare sont les maternités autorisant un tel dépassement. Pour toutes nos patientes, on retrouvait des termes ne dépassant pas les 42SA.

Dans 73,8% des cas, l'issue de l'accouchement correspondait à ce qui était prévu initialement. La correspondance globale entre l'intention initiale et l'issue finale est plus élevée pour les maternités de niveau 3 ($p=0,03$), alors qu'on ne retrouve pas de différence en fonction du secteur public/privé et du nombre d'acc/an. En cas de TAVBAC initiale, la correspondance est meilleur dans le secteur public ($p<0,0001$) que dans le secteur privé, possiblement expliqué par une organisation différente avec des équipes parfois à distance du lieu de l'accouchement. Aussi, on peut penser que les risques de poursuites judiciaires ont plus d'impact sur ces équipes.

Concernant l'information à retranscrire dans les dossiers, les RPC sont plus ou moins explicites sur le type d'information à donner, puisque les bénéfices et les risques ne sont pas détaillés, et quoi qu'il arrive, on imagine bien que ces informations ne pourront raisonnablement pas être exhaustives lors d'un suivi de grossesse. De plus, les praticiens gynécologues semblent penser qu'en expliquant les risques, et notamment ceux des ruptures utérines, les femmes risqueraient de choisir d'emblée une césarienne itérative. Dans l'étude de l'équipe de Marseille menée en 2015 (29), on estimait que la notion d'information n'était retrouvée que dans 44,9% des dossiers. Dans cette étude, regroupant 77 dossiers de patientes avec utérus uni ou multicatriciel, il est retrouvé que l'information en pré conceptionnelle et en post partum était souvent manquante également. Dans notre

analyse, le constat est le même puisque 60% des dossiers ne contiennent aucune notion d'information sur l'intention de la voie d'accouchement. L'absence d'information est d'autant plus marquée en cas de TAVBAC initiale alors que c'est finalement la situation à risque judiciaire la plus probable (69,3% vs 14,6% en cas de CPAC initiale). Dans le groupe TAVBAC, on note que l'information retranscrite est la même quel que soit le niveau de la maternité mais que dans les établissements du public, on retrouve au moins une information dans 36,5% des dossiers contre 17,7% des dossiers du privé ($p=0,008$). De la même manière, on pouvait s'attendre à ce que les soignants du secteur privé ait été plus prudent par rapport au risque de plainte pour défaut d'information mais ce n'était pas le cas.

Il est possible que l'évolution de la législation ait contribué à l'augmentation des taux de césariennes, notamment pour les femmes présentant des facteurs de risque, avec des comportements de « précaution » qui semblent avoir eu tendance à s'accroître. La sinistralité médicale, de plus en plus couteuse, semble trouver sa part de responsabilité dans la modifications des pratiques de certains soignants, surtout chez les femmes gynécologues (6)(3). En voulant protéger et assurer le droit des patientes à être informées de manière exhaustive, ce qui évidemment est une réelle avancée face à la médecine paternaliste qui nous a précédée, mais aussi le droit à choisir les soins à prescrire, et ceux à chaque étape de la prise en charge, qu'elles soit urgentes ou non, le médecin a vu sa profession se transformer. On a estimé bon d'assimiler un accident thérapeutique imprévisible ou une pathologie sévère, parfois même inconnue du monde médical, à une indemnité financière. On évalue d'ailleurs, en obstétrique, la gravité des faits et leur coût sur le concept de la « perte de chance » que représente tout état de santé « anormal » à la naissance. Certains assureurs, comprenant les conséquences gravissimes et les dérives que cela pourrait engendrer à l'avenir, décident dans certains cas de limiter les droits des professionnels de santé, spécialement ceux des spécialistes de l'accouchement. Des taux plus élevés de césarienne primaire sont même associés à l'augmentation des primes de responsabilité professionnelle médicale pour les obstétriciens-gynécologues (30).

Les conclusions hâtives de certaines études et de certains obstétriciens sur la supériorité d'une césarienne, même en cas d'utérus unicatriciel tendent à modifier les prises en charge sans aucun argument solide. Il est aussi vraisemblable que la hausse des césariennes soit aussi en lien avec la commodité de la programmation de l'accouchement pour les médecins et pour les patientes et contribue à améliorer l'évolution de la relation médecin-patiente.

Les complications maternelles observées dans notre cohorte étaient au nombre de 10 en cas de TAVBAC soit 4,1% et 1,6% en cas de CPAC (CPAC initiale + avant travail).

La morbidité maternelle reste faible et selon les données collectées par le projet Euro-Peristat, les taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes en 2003 et 2004, s'échelonne dans l'union Européenne entre 0 et 30. En France le taux est de 7 pour 100 000 et se situe dans la moyenne européenne. Néanmoins, l'accouchement par césarienne reste une cause de mortalité maternelle accrue, de morbidité maternelle et infantile et de complications accrues pour les accouchements ultérieurs (31). L'accouchement par césarienne serait associé à un risque de mort maternelle du postpartum multiplié par 3,5 par rapport à la voie basse (OR 3,52 [95 % IC 2,07;5,98]) (1). Ce risque est significatif pour les césariennes réalisées avant ou au cours du travail. La césarienne est associée à un risque significativement augmenté de décès par complication de l'anesthésie, infection et thromboembolie. Aussi, la morbi-mortalité maternelle augmente en cas de cicatrice utérine (15% de morbidité contre 23 à 30%) (26) et sa prévalence qui est de 1/68000 en l'absence de cicatrice de césarienne (27) et de 0,3 à 0,6% en cas d'utérus unicatriciel, 1,4% si l'utérus est bicatriciel et jusqu'à 6,7% si le nombre de cicatrice est supérieur à cinq (28).

Par ailleurs, les chiffres sur la morbi-mortalité fœtale doivent depuis quelques années, essentiellement leur réduction à l'évolution des techniques de réanimation pédiatrique (29). Les effets pédiatriques des naissances par césarienne, sur l'apparition de maladies immunologiques notamment, doivent interpeller les gynécologues obstétriciens et les parents des futurs enfants et se rappeler que la grossesse ne doit pas être traitée comme une pathologie chirurgicale, mais est une situation physiologique dont les risques sont pour la plupart imprévisibles (32–35). Quand on compare les risques d'une césarienne par rapport à un accouchement par voie basse après césarienne, on retrouve que les risques de morbidité des nouveaux nés sont faibles mais significativement supérieur en cas d'AVBAC par hausse du nombre de nouveau nés ventilés au masque, ou intubé pour liquide amniotique méconial (NP2), ou hausse du risque d'hypoxie ou d'encéphalopathie anoxoischémique (de 0,8/1000 vs 0/1000) (NP3). Dans notre étude l'état néonatal était tout à fait comparable entre les 2 groupes à la naissance.

Aussi la protection périnéale comme argument pour privilégier un accouchement par césarienne est critiquable car les éléments publiés sur le sujet restent encore très controversés. Fritel en 2015 (3), explique par exemple que l'incontinence urinaire ne serait pas augmentée en cas de voie basse et qu'aucune étude comparative n'a montré un bénéfice à la césarienne sur les troubles du plancher pelvien et d'incontinence anale (32). Par contre il retrouvait des risques augmentés de dyspareunie en cas de césarienne. Ces arguments ne sont donc pas suffisants pour privilégier la naissance par césarienne.

A l'avenir, la nouvelle complication en hausse, tant redoutée des obstétriciens et sage femmes, et qui mettra en jeu la fertilité des patientes est l'apparition d'un placenta inséré dans la cicatrice de césarienne. En effet, la présence d'un utérus cicatriciel est un facteur de risque certain de placenta prævia et accreta ou anormalement inséré et ce risque augmente avec le nombre de cicatrice utérine(6). La fréquence du placenta prævia en France et dans la région est de 0,5% des grossesses (14,33,34). Dans notre étude de faible effectif, aucun cas n'a été recensé.

La rupture utérine est aussi une complication particulièrement grave de l'accouchement mettant en jeu le pronostic vital maternel et fœtal (35). Elle survient quasi exclusivement sur un utérus cicatriciel. Celle-ci peut compliquer 0,2 à 0,8% des accouchements quel que soit le nombre de cicatrice utérine (36). Dans les études, on ne distingue pas les risques des utérus uni ou bicatriciels, ce qui interroge sur le véritable risque en cas d'utérus uni cicatriciel. Ces chiffres englobent deux complications dont les conséquences ne sont pas les mêmes, à savoir les ruptures complètes et les ruptures incomplètes pour lesquelles le péritoine et les membranes restent intactes (6,7). Dans notre étude, 2 ruptures utérines sont à déplorer en cas de TAVBAC (soit 0,8% des femmes). Selon les données du PMSI, 730 ruptures utérines sont survenues en France métropolitaine en 2010 soit un taux de 0,9 pour 1000 accouchement et dans la région le taux est identique avec 43 ruptures signalées au cours de l'année. Ce taux augmente depuis 2006 où le taux était de 0,5 à 0,6 pour 1000. Le risque imprévisible des ruptures utérines pourrait expliquer paradoxalement l'augmentation des taux de césariennes itératives.

Le coût moyen associé à une césarienne est au moins deux fois plus élevé que pour un accouchement normal dans nombre de pays de l'OCDE (37) et cela conduit à s'interroger sur la pertinence de pratiquer des césariennes qui ne seraient pas nécessaires médicalement. Il est donc nécessaire de poursuivre et lutter pour diminuer les taux de césarienne dans nos maternités, avec des techniques qui ont prouvé leur efficacité à savoir , les discussion quotidienne des dossiers, une acceptation ouverte des essais sur les accouchements par voie basse et une évaluation constante des pratiques (38).

Pour améliorer notre prise en charge et réduire les risques médicolégaux, il pourrait être mise en place une fiche d'information à remplir en consultation avec le couple pour expliquer en détails les risques et les bénéfices encourues. La consultation avec entretien du 4eme mois pourrait être obligatoire pour les patientes porteuses d'un utérus cicatriciel afin de prendre le temps de les informer au mieux. Plus l'information est précoce et plus elle semble offrir une meilleure connaissance des bénéfices et des risques liés à chaque voie

d'accouchement. Cela permettrait d'augmenter le taux d'acceptation de la tentative de voie basse(Cochrane2013) (39,40).

Proposition de check liste permettant d'optimiser le choix des patientes :

Informations à donner en cas d'utérus cicatriciel	Information donnée oralement, expliquée et comprise par la patiente Oui/Non
Issue de la TAVBAC : Succès global 58% ; Succès si mise en travail : 75%	
Indication de la voie d'accouchement	
Risque de rupture utérine 0,6 à 0,8% Augmenté si déclenchement 1%	
Risque de césarienne : TVP, Infection post opératoire, placenta praevia et/ou accreta.	
Modalités de surveillance et possible changement de la voie d'accouchement au cours de la grossesse	

Il serait intéressant d'entamer des études de satisfaction concernant l'information donnée en cas de TAVBAC et de CPAC car les biais concernant l'information donnée oralement et celle retranscrite dans les dossiers sont évident. Selon l'enquête menée par la Drees en 2006 auprès des usagères des maternités, une femme interrogée sur cinquante se déclare plutôt pas ou pas du tout satisfaite quant au suivi de sa grossesse alors que près de 2/3 se déclare tout à fait satisfaite (36). Les femmes à risque de ne pas être satisfaites sont les femmes ayant rencontrées des pathologies au cours de leur grossesse. Si le sentiment de sécurité est particulièrement élevé chez ces femmes, le niveau de satisfaction concernant les soins en lien avec une césarienne ou une déchirure périnéale est par contre plus bas.

8. CONCLUSION

Les modalités de prise en charge des femmes enceintes sont régies par un ensemble de recommandations nationales et de textes officiels, en lien pour certains d'entre eux avec les objectifs fixés par les Plans de périnatalité et peuvent être relayés et adaptés au plan régional par les réseaux de périnatalité. En cas d'utérus unicatriciel, une césarienne n'est pas systématique et sera décidé au cas par cas, selon la localisation de la césarienne, et le choix du couple. Ces recommandations reposent en majorité sur des avis d'expert ou études de faible puissance et aucune étude ne permet de choisir de manière certaine la mesure adaptée. Leur niveau de pertinence étant hétérogène et les niveaux de preuves faibles et peu d'essais randomisés sont retrouvés dans la littérature et les méta-analyses sont délicates à réaliser.

Pourtant, on assiste ces dernières années à une réelle épidémie mondiale de césarienne, dont la cause la plus fréquente est la hausse du nombre d'utérus cicatriciel. Aussi, le contexte médico-légal et l'évolution de la sinistralité, semblent aussi responsables des modifications des pratiques dans de nombreux pays. La population générale, dans ce contexte, croirait également à tort que la césarienne permettrait de réduire absolument tous risques fœtaux à la naissance. .

Dans les Pays de la Loire et grâce à cette Audit, nous démontrons que les taux de tentative de voie basse en cas d'utérus unicatriciel et grossesse monofoetale sont satisfaisant et homogène dans les 20 maternités ayant participé à l'étude. La prise en charge en pré partum, concernant le type d'examen complémentaire ainsi que l'information à retranscrire dans les dossiers, n'est par contre pas en accord avec les RPC de 2012. En effet, on constate que la prescription de radiopelvimétrie et d'échographie de cicatrice de césarienne est encore utilisée pour le choix de l'accouchement, et que l'information est absente dans 60% des cas. Cette information est le plus souvent retrouvée en cas de CPAC initiale.

Il est donc nécessaire d'organiser au mieux le moment du choix de la voie d'accouchement avec les patientes afin de les informer au mieux des connaissances actuelles. Une consultation plus précoce, une check liste pré établie, la répétition des informations lors de la consultation du 9^e mois avec la confirmation du choix médecin-malade. Aussi, la qualité de l'information devrait se baser sur des définitions précises, la description des modalités de réalisation et de surveillance des soins proposés, les bénéfices et les risques, avec les chiffres connus de la littérature.

Les praticiens gynécologues et obstétriciens doivent continuer à lutter pour défendre le droit à la vie par voie naturelle sans être pour autant le seul responsable d'un accouchement compliqué puisqu'imprévisible. Désormais, ce n'est plus la "perte de chance" de n'être pas né qui est indemnisée par les professionnels de santé, c'est toutes les conséquences du handicap pour la vie entière qui étaient précédemment prises en charge par les organismes sociaux au nom du principe de solidarité nationale. Si on peut comprendre que ceux-ci soient sanctionnés, même pénalement, pour leur faute de négligence caractérisée, on doit leur reconnaître un droit à l'erreur

9. ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire de l'étude



Nom de la maternité

Identité du déclarant :

N° téléphone direct :

Etude utérus cicatriciel et choix du mode d'accouchement

QUESTIONNAIRE ACCOUCHEMENT

Nom de la femme (initiales) |_|_|_|

Date de naissance |_|_|/|_|_|/|_|_|

• Antécédents obstétricaux :

Parité (y compris la grossesse actuelle) |_|_|_| Gestité |_|_|

1^{er} acc ==> année |_|_|_|_|

Terme (SA) |_|_|

Poids du nouveau-né (grammes) |_|_|_|_|

Mode : 1. VB 2. VB instrumentale 3..Césarienne programmée 4. Césarienne non programmée (en urgence ou non)

2^{ème} acc ==> année |_|_|_|_|

Terme (SA) |_|_|

Poids du nouveau-né (grammes) |_|_|_|_|

Mode : 1. VB 2. VB instrumentale 3..Césarienne programmée 4. Césarienne non programmée (en urgence ou non)

3^{ème} acc ==> année |_|_|_|_|

Terme (SA) |_|_|

Poids du nouveau-né (grammes) |_|_|_|_|

Mode : 1. VB 2. VB instrumentale 3..Césarienne programmée 4. Césarienne non programmée (en urgence ou non)

4^{ème} acc ==> année |_|_|_|_|

Terme (SA) |_|_|

Poids du nouveau-né (grammes) |_|_|_|_|

Mode : 1. VB 2. VB instrumentale 3..Césarienne programmée 4. Césarienne non programmée (en urgence ou non)

Indication (s) de la 1^{ère} césarienne (si cause mixte cocher toutes les cases correspondantes)

- Cause maternelle: 1.maladie maternelle 2.problèmes périnéaux 3.demande maternelle 4. HIV 5. herpès 6. autre

- Cause obstétricale : 1.pré-éclampsie 2.RPM 3.stagnation de la dilatation 4.non engagement à DC 5.placenta praevia 6.atod de dystocie des épaules 7. bassin rétréci 8. terme + col défavorable 8. autre.....
- Cause fœtale : 1.siège 2. RCIU(PAG) 3.ARCF 4.malformation 5 macrosomie 6.gémellaire 7.autre

▪ **Intention de mode d'accouchement au cours de la grossesse actuelle**

DDR / ___/___/___/ ou Date de DG : / ___/___/___/ (à calculer si seule la DDR est connue = + 14 j)

Date de la décision / ___/___/___/ Terme (en SA) : [] [] []

Il était prévu : 1. Tentative d'accouchement voie basse TAVB 2. Césarienne programmée

Il était prévu une TAVB :

- ✓ L'utérus cicatriciel a imposé la réalisation d'une radio-pelvimétrie oui non ne sait pas
- ✓ Une échographie de la cicatrice utérine a été réalisée oui non ne sait pas
- ✓ Le CR opératoire antérieur a été récupéré (est dans le dossier ou noté vu) oui non

Il était prévu une césarienne programmée :

- ✓ L'indication de la césarienne a été posée sur le seul élément d'un utérus cicatriciel oui non ne sait pas
- ✓ Une proposition de VB a été faite à la patiente oui non ne sait pas
- ✓ L'absence du compte rendu opératoire de la 1^{ère} césarienne a seul conduit à la programmation de la césarienne oui non ne sait pas
- ✓ L'utérus cicatriciel a imposé la réalisation d'une radio-pelvimétrie oui non ne sait pas
- ✓ Une échographie de la cicatrice utérine a été réalisée oui non ne sait pas
- ✓ Le CR opératoire antérieur a été récupéré (est dans le dossier ou noté vu) oui non

▪ **Information de la patiente – traçabilité dans le dossier :**

En cas de césarienne programmée, il est noté dans le dossier qu'une information a été faite auprès de la femme

- sur l'indication
- sur le rapport bénéfice/risques
- sur les conditions de réalisation
- sur les modifications possibles du mode d'accouchement en fonction de l'existence de nouveaux événements
- sur les risques de complications pour les grossesses futures (placenta praevia/accreta)
- sur l'augmentation des accidents thromboemboliques

Le terme prévu de la césarienne était après 38 SA +6 (en raison du risque de détresse respiratoire) oui non ne sait pas

En cas de TAVB, il est noté dans le dossier qu'une information a été faite auprès de la femme

- sur le rapport bénéfice/risques
- sur les conditions d'acceptation (pas de maturation cervicale)
- sur les modifications possibles du mode d'accouchement en fonction de l'existence de nouveaux éléments
- sur les risques de complications de la voie basse (rupture utérine)
- sur les risques de complications de la césarienne
- sur autre:.....

▪ **Accouchement**

Date accouchement /___/___/___/ Terme en SA/jours: ___|___|___|

Présentation : 1. Céphalique 2. Siège 3. Autre

Début : 1. Spontané 2. Déclenché

Mode de déclenchement : 1. prostaglandines 2. oxytocine autre :

Issue : 1 VB spontanée 2. VB instrumentale 3. Césarienne en cours de travail

4. Césarienne programmée

Indication finale de la césarienne (en clair) :

.....
.....
.....

▪ **Complications accouchement ?**

.....
.....

▪ **Nouveau-né :**

Etat : 1. Vivant 2. Décédé

✓ PN (grammes) ___|___|___|

✓ Apgar 1mn ___|___| Apgar 5 mn ___|___| Apgar 10 mn ___|___|

✓ pH artère ___|, ___| pH veine ___|, ___|

Lactates ___|, ___| BE ___|___|mEq

✓ Transfert : 0. Non 1. Oui motif de transfert :

<p>Nom de la maternité</p> <p>Identité du déclarant</p> <p>N° téléphone direct</p>

Etude utérus cicatriciel et choix du mode d'accouchement

FICHE INDICATEURS

NB : fiche à ne remplir qu'une seule fois à la fin du recueil, au moment de l'envoi groupé de toutes les fiches accouchement

Période de l'étude dans votre maternité : du **01/01/2015** au / __/__/2015 minuit

Ex: le début de l'étude choisi par le RSN est le 1^{er} janvier ; le premier dossier retenu dans votre maternité est le 10 janvier et le dernier dossier retenu est le 15 février → période étude = 1^{er} janvier - 15 février minuit

Nombre d'accouchements totaux sur la période (voie basses + césariennes)

Nombre total de césariennes sur la période

Nombre total de césariennes programmées sur la période

Annexes 2 : Issue des RPC 2012 du CNGOF

Mode d'accouchement chez les parturientes avec antécédent de césarienne

Mode d'accouchement chez les parturientes avec antécédent de césarienne en France métropolitaine, d'après l'enquête nationale périnatale (ENP) 2010.
Mode of delivery among parturients with previous cesarean in France, 2010 National Perinatal Survey.

Mode d'accouchement	Nombre de césariennes antérieures		
	Au moins 1 n = 1505 %	1 n = 1248 %	≥ 2 n = 257 %
Césarienne avant travail	51,1	42,7	92,2
TVBAC ^a	48,9	57,3	7,8
Césarienne en cours de travail	12,4	13,9	4,7
AVAC	36,5	43,4	3,1
Accouchement vaginal si TVBAC (succès de la TVBAC)	74,7	75,7	40,0

TVBAC : tentative de voie basse après césarienne ; AVAC : accouchement vaginal après césarienne.
^a Dans l'ENP, la notion de tentative de voie basse n'était pas directement collectée ; les chiffres correspondent aux femmes ayant débuté un travail.

Méta analyse sur la morbi-mortalité maternelle en cas d'utérus cicatriciel

Résultats de la méta-analyse de Rossi et D'Addario (n = 42 970) [10].
Results of meta-analysis of Rossi and D'Addario (n = 42,970) [10].

	TVBAC planifiée (%)	CPAC planifiée (%)	Odd ratio (IC 95%)	Succès TVBAC (%)	Échec TVBAC (%)	Odd ratio(IC 95%)
Taux	57	43		73	27	
Ruptures et déhiscences utérines 7 études	320 (1,3)	80 (0,4)	3,13 (1,3–7,5)	39/17 358 (0,2)	279/6223 (4,4)	0,05 (0,02–0,13)
Morbidité maternelle globale 7 études	1642 (6,7)	757 (4)	NS	533/17 358 (3,1)	1062/6223 (17)	0,15 (0,09–0,26)
Hystérectomie d'hémostase 5 études	52/23 448 (0,2)	49/17 827 (0,3)	NS	21/14 189 (0,1)	26/5217 (0,5)	0,3 (0,17–0,53)
Transfusion sanguine 5 études	362/20 928 (1,7)	187/17 259 (1,2)	NS	162/14 766 (1,1)	164/5394 (3)	0,35 (0,28–0,44)

TVBAC : tentative de voie basse après césarienne ; CPAC : césarienne programmée ; IC 95% : intervalle de confiance à 95% ; NS : non significatif.
 En gras : différence significative.

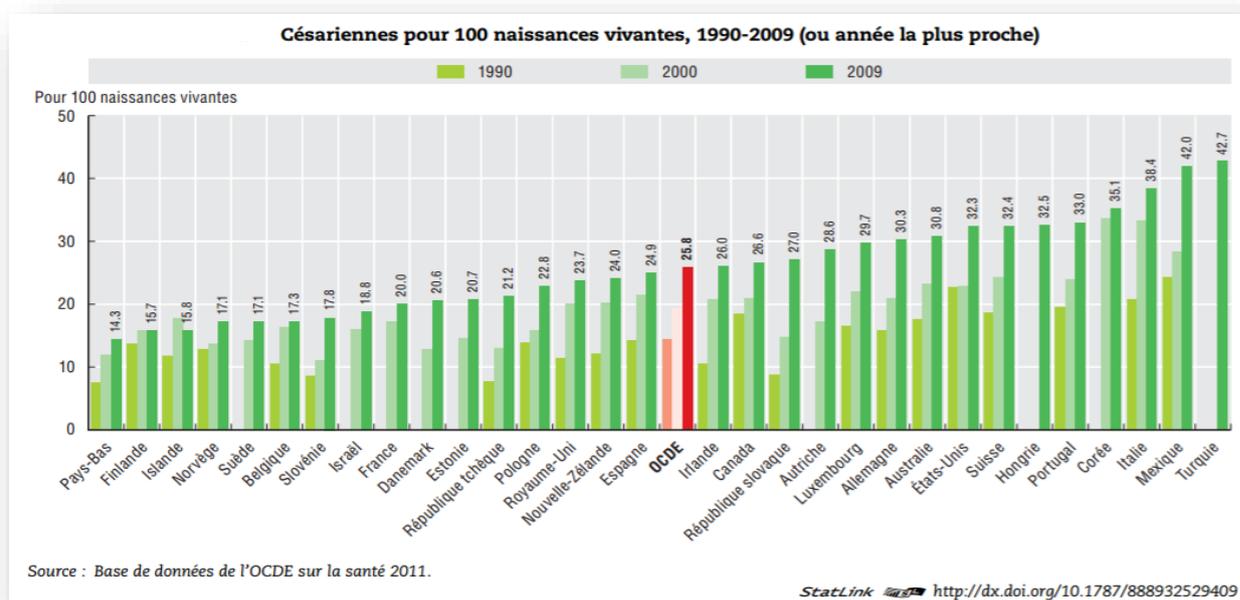
Bénéfices et risque de la TAVBAC par rapport à la CPAC

Synthèse des bénéfices et risques de la tentative de voie basse après césarienne (TVBAC) par rapport à la césarienne programmée (CPAC) en cas de césarienne antérieure. <i>Summary of benefits and risks of trial of labor (TOL) compared with elective repeat caesarean delivery (ERCD) in cases of previous caesarean section.</i>			
Avantages de la TVBAC Diminution des risques	Inconvénients de la TVBAC Augmentation des risques	Pas de différence entre TVBAC et CPAC	Pas de données sur une différence entre TVBAC et CPAC
Mortalité maternelle (NP3)	Rupture utérine complète (NP2)	Complications opératoires (NP2) Hémorragie du post-partum (NP2) Transfusion sanguine (NP2) Hystérectomie (NP2) Endométrite et fièvre du post-partum (NP3) Infection de paroi (NP3) MTEV (NP3)	Troubles de la statique pelvienne Incontinence urinaire et anale Troubles de l'allaitement Troubles psychologiques Douleurs chroniques Troubles de la fertilité
Taux de succès global élevé (NP2) Diminution de la morbidité maternelle (NP2)	<i>Augmentation de la morbidité maternelle en cas d'échec de la TVBAC (NP2)</i> Morbidité maternelle globale Plaies opératoires Hémorragie du post-partum Hystérectomie Endométrite du post-partum		
<i>Lors des accouchements suivant une TVBAC réussie</i> Augmentation des chances de voie basse (NP2) Diminution de la morbidité maternelle (NP2) Diminution des complications des utérus multicatriciels (NP3)			

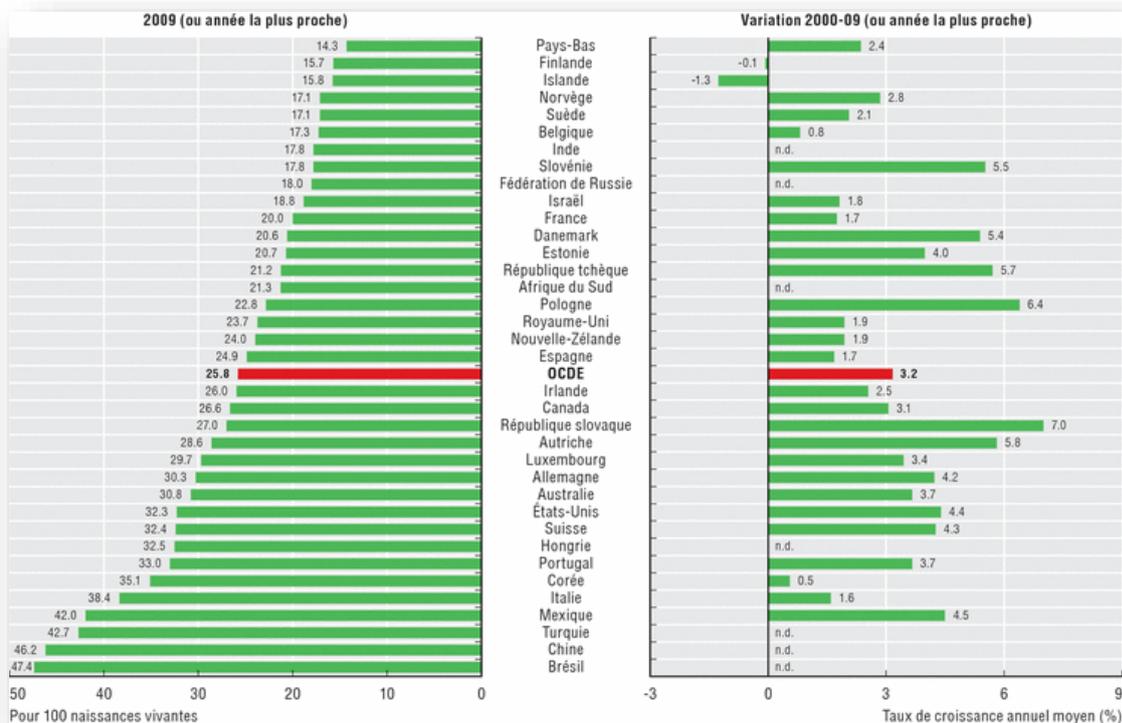
NP : niveau de preuve ; MTEV : maladie thromboembolique veineuse.

Annexe 3 : Chiffres de l'OCDE 2011

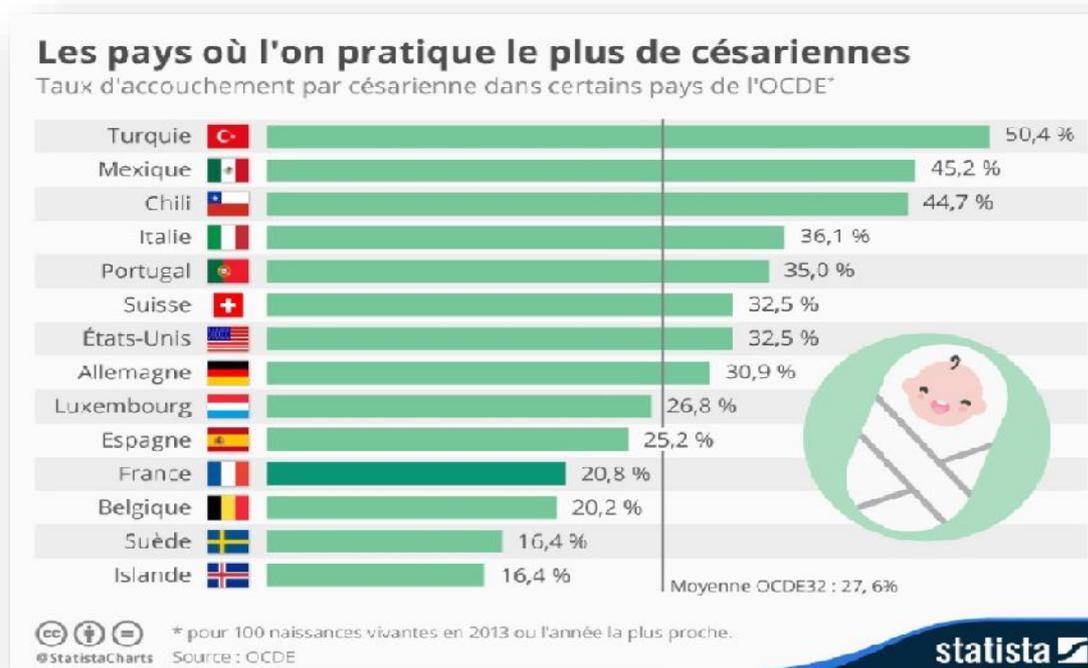
Taux de césarienne et évolution entre 1990 et 2009



Evolution du taux de césarienne



Taux de césarienne dans les pays pratiquant le plus de césarienne



Annexe 4 : Drees 2014 et PMSI 2001

Évolution des taux de césariennes par type de maternité

En %

	Types de maternité	2000	2009	2014
Taux de césariennes	Type 1	17,2	19,8	20,2
	Type 2	16,8	19,7	19,9
	Type 3	19,0	21,1	20,9
	Ensemble	17,4	20,1	20,2

Champ > Accouchements en France métropolitaine et dans les DROM (y compris Mayotte en 2014), y compris SSA.

Sources > DREES, SAE 2000, 2009 et 2014, traitements DREES.

Catégorie d'établissement	Niveau 1		Niveau 2		Niveau 3		Ensemble
	Nombre d'établissements	Taux de césariennes	Nombre d'établissements	Taux de césariennes	Nombre d'établissements	Taux de césariennes	Taux de césariennes
Public	173	16,5 %	164	16,5 %	55	19,5 %	17,5 %
Privé sous DG	27	17,5 %	12	18,0 %	0		18,0 %
Privé sous OQN	215	18,5 %	30	19,5 %	0		19,0 %
Total	415	18,0 %	206	17,5 %	55	19,5 %	18,0 %

Champ : France métropolitaine.

Sources : PMSI et SAE 2001.

10. BIBLIOGRAPHIE

1. Deneux-Tharaux C. [Women with previous caesarean or other uterine scar: epidemiological features]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. déc 2012;41(8):697-707.
2. Martínez-Salazar GJ, Grimaldo-Valenzuela PM, Vázquez-Peña GG, Reyes-Segovia C, Torres-Luna G, Escudero-Lourdes GV. [Caesarean section: History, epidemiology, and ethics to diminish its incidence]. *Rev Médica Inst Mex Seguro Soc*. oct 2015;53(5):608-15.
3. Fritel X. [Outbreak of caesarean sections and fear of birth injury]. *Gynécologie Obstétrique Fertil*. août 2015;43(7-8):483-4.
4. Sentilhes L, Vayssière C, Beucher G, Deneux-Tharaux C, Deruelle P, Diemunsch P, et al. Delivery for women with a previous cesarean: guidelines for clinical practice from the French College of Gynecologists and Obstetricians (CNGOF). *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. sept 2013;170(1):25-32.
5. Appropriate technology for birth. *Lancet Lond Engl*. 24 août 1985;2(8452):436-7.
6. Samadi S, Gholizadeh N, Shoar N, Shoar S. Attitudes of Obstetricians toward Cesarean Delivery in Challenging Cases. *J Obstet Gynaecol India*. oct 2013;63(5):301-5.
7. Boog G. [Cerebral palsy and perinatal asphyxia (II--Medicolegal implications and prevention)]. *Gynécologie Obstétrique Fertil*. mars 2011;39(3):146-73.
8. Bonanno C, Clausing M, Berkowitz R. VBAC: a medicolegal perspective. *Clin Perinatol*. juin 2011;38(2):217-25.
9. Fisher M, Shrem D, Solt I. [The social and medicolegal aspects of maternal request or non-medically indicated cesarean section]. *Harefuah*. juill 2013;152(7):398-400, 434.
10. Gallot D, Delabaere A, Desvignes F, Vago C, Accoceberry M, Lémery D. [Information and facilities recommendations concerning trial of labour in the context of scarred womb]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. déc 2012;41(8):782-7.
11. Theissen A, Fuz F, Carbonne B, Bonnet L, Rouquette-Vincenti I, Niccolai P, et al. [Closed claims in obstetrics: A study based on French Sham insurance data]. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. janv 2016;45(1):54-61.
12. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice bulletin no. 115: Vaginal birth after previous cesarean delivery. *Obstet Gynecol*. août 2010;116(2 Pt 1):450-63.
13. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. SOGC clinical practice guidelines. Guidelines for vaginal birth after previous caesarean birth. Number 155 (Replaces guideline Number 147), February 2005. *Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet*. juin 2005;89(3):319-31.
14. Palova E, Redecha M, Malova A, Hammerova L, Kosibova Z. Placenta accreta as a cause of peripartum hysterectomy. *Bratisl Lekárske Listy*. 2016;117(4):212-6.

15. Uyanikoglu H, Karahan MA, Turp AB, Agar M, Tasduzen ME, Sak S, et al. Are multiple repeated cesarean sections really as safe? *J Matern-Fetal Neonatal Med Off J Eur Assoc Perinat Med Fed Asia Ocean Perinat Soc Int Soc Perinat Obstet.* 5 mai 2016;1-4.
16. Papathoma E, Triga M, Fouzas S, Dimitriou G. Cesarean section delivery and development of food allergy and atopic dermatitis in early childhood. *Pediatr Allergy Immunol Off Publ Eur Soc Pediatr Allergy Immunol.* 2016;27(4):419-24.
17. Blondel B, Lelong N, Kermarrec M, Goffinet F, Coordination nationale des Enquêtes Nationales Périnatales. [Trends in perinatal health in France between 1995 and 2010: Results from the National Perinatal Surveys]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).* avr 2012;41(2):151-66.
18. Parant O. [Uterine rupture: prediction, diagnosis et management]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).* déc 2012;41(8):803-16.
19. Durnwald C, Mercer B. Vaginal birth after Cesarean delivery: predicting success, risks of failure. *J Matern-Fetal Neonatal Med Off J Eur Assoc Perinat Med Fed Asia Ocean Perinat Soc Int Soc Perinat Obstet.* juin 2004;15(6):388-93.
20. Asakura H, Nakai A, Ishikawa G, Suzuki S, Araki T. Prediction of uterine dehiscence by measuring lower uterine segment thickness prior to the onset of labor: evaluation by transvaginal ultrasonography. *J Nippon Med Sch Nippon Ika Daigaku Zasshi.* oct 2000;67(5):352-6.
21. Goffinet F, Azria E, Kayem G, Schmitz T, Deneux-Tharaux C. Re: The risks of planned vaginal breech delivery versus planned caesarean section for term breech birth: a meta-analysis including observational studies: Let's avoid simplistic radicalism when reality is complex. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* janv 2016;123(1):145-7.
22. Carbonne B, Goffinet F, Bréart G, Frydman R, Maria B, Uzan S, et al. [The debate on breech presentation: Delivery of breech presentations: the position of the National College of French gynecologists]. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* avr 2001;30(2):191-2.
23. Coppola C, Mottet N, Mariet AS, Baeza C, Poitrey E, Bourtembourg A, et al. [Impact of the external cephalic version on the obstetrical prognosis in a team with a high success rate of vaginal delivery in breech presentation]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).* 25 avr 2016;
24. Rozenberg P, Goffinet F, Philippe HJ, Nisand I. [Echographic measurement of the inferior uterine segment for assessing the risk of uterine rupture]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).* 1997;26(5):513-9.
25. Landon MB, Hauth JC, Leveno KJ, Spong CY, Leindecker S, Varner MW, et al. Maternal and perinatal outcomes associated with a trial of labor after prior cesarean delivery. *N Engl J Med.* 16 déc 2004;351(25):2581-9.
26. Lydon-Rochelle M, Holt VL, Easterling TR, Martin DP. Risk of uterine rupture during labor among women with a prior cesarean delivery. *N Engl J Med.* 5 juill 2001;345(1):3-8.
27. Al-Zirqi I, Stray-Pedersen B, Forsén L, Vangen S. Uterine rupture after previous caesarean section. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* juin 2010;117(7):809-20.

28. Grobman WA, Gilbert S, Landon MB, Spong CY, Leveno KJ, Rouse DJ, et al. Outcomes of induction of labor after one prior cesarean. *Obstet Gynecol.* févr 2007;109(2 Pt 1):262-9.
29. Aubert M, Heckenroth H, Guidicelli B, Cravello L, d'Ercole C, Courbiere B. [Evaluation of adherence to French guidelines concerning the information of the women having a scarred uterus on their mode of delivery]. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* mai 2016;45(5):490-5.
30. Murthy K, Grobman WA, Lee TA, Holl JL. Association between rising professional liability insurance premiums and primary cesarean delivery rates. *Obstet Gynecol.* déc 2007;110(6):1264-9.
31. Saucedo M, Deneux-Tharoux C, Bouvier-Colle M-H, French National Experts Committee on Maternal Mortality. Ten years of confidential inquiries into maternal deaths in France, 1998-2007. *Obstet Gynecol.* oct 2013;122(4):752-60.
32. Nelson RL, Furner SE, Westercamp M, Farquhar C. Cesarean delivery for the prevention of anal incontinence. *Cochrane Database Syst Rev.* 17 févr 2010;(2):CD006756.
33. Tourette C, Bretelle F, Cravello L, D'Ercole C, Boubli L, Gamberre M, et al. [Comparative study of patients with placenta accreta with or without a history of cesarean section]. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* avr 2014;43(4):322-7.
34. Rosenberg T, Pariente G, Sergienko R, Wiznitzer A, Sheiner E. Critical analysis of risk factors and outcome of placenta previa. *Arch Gynecol Obstet.* juill 2011;284(1):47-51.
35. Dekker GA, Chan A, Luke CG, Priest K, Riley M, Halliday J, et al. Risk of uterine rupture in Australian women attempting vaginal birth after one prior caesarean section: a retrospective population-based cohort study. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* oct 2010;117(11):1358-65.
36. Fitzpatrick KE, Kurinczuk JJ, Alfirevic Z, Spark P, Brocklehurst P, Knight M. Uterine rupture by intended mode of delivery in the UK: a national case-control study. *PLoS Med.* 2012;9(3):e1001184.
37. OCDE. Césariennes. In: *Panorama de la santé 2011* [Internet]. Éditions OCDE; 2011 [cité 1 nov 2016]. Disponible sur: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/panorama-de-la-sante-2011/cesariennes_health_glance-2011-37-fr
38. Lembrouck C, Mottet N, Bourtembourg A, Ramanah R, Riethmuller D. [Can we decrease cesarean rate at a university hospital treating high risk pregnancies?]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).* 30 sept 2015;
39. Mone F, Harrity C, Mackie A, Segurado R, Toner B, McCormick TR, et al. Vaginal birth after caesarean section prediction models: a UK comparative observational study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* oct 2015;193:136-9.
40. Horey D, Kealy M, Davey M-A, Small R, Crowther CA. Interventions for supporting pregnant women's decision-making about mode of birth after a caesarean. *Cochrane Database Syst Rev.* 30 juill 2013;(7):CD010041.

RESUME

But : Les recommandations pour la pratique clinique (RPC) concernant la prise en charge des utérus unicatriciels et l'information des patientes ont été actualisées en France en 2012. Par la suite, une étude de conformité menée par le réseau sécurité naissance (RSN) des Pays de la Loire a démontré que les recommandations sur les indications de césarienne itérative n'étaient pas suivies en cas d'utérus unicatriciel. L'objectif de notre étude a été d'évaluer le suivi des RPC sur la prise en charge globale des patientes et son homogénéité parmi les 23 maternités de la région. Elle portait sur les modalités de choix de la voie d'accouchement et de l'information retranscrite dans les dossiers.

Patientes et méthodes : Cette étude observationnelle rétrospective a été réalisée à partir des dossiers médicaux des patientes porteuses d'un utérus uni-catriciel et ayant accouché après le 1er janvier 2015 et à un terme supérieur à 22 semaines d'aménorrhée. Le recueil prenait en compte les antécédents obstétricaux, le terme et les modalités de la décision de la voie d'accouchement, l'issue finale et sa correspondance avec l'intention initiale et les complications materno-foetales observées. L'information des patientes devait porter sur tous les items recommandés dans les RPC du CNGOF.

Résultats : Sur les 3625 accouchements, 240 dossiers ont été retenus et étudiés. 82,9% des patientes ont bénéficié d'une tentative d'accouchement par voie basse après césarienne (TAVBAC) initiale et 17,1% d'une césarienne programmée après césarienne (CPAC). Le terme moyen de la décision de la voie d'accouchement était de 36SA. Le taux de mise en travail effective ou la TAVBAC effective était de 72,5% des patientes. Au final, 58,3% des femmes ont accouché par voie basse et 41,7% par césarienne. Dans 60% des cas, aucune information n'était retrouvée dans le dossier médical. C'était d'autant plus le cas dans le groupe TAVBAC (14,6% contre 69,3% en cas de TAVBAC ; $p < 0,0001$).

Conclusion : La prise en charge des patientes avec utérus unicatriciel et le choix de la voie d'accouchement était globalement homogène parmi les maternités de l'Ouest et en accord avec les RPC de 2012. Par contre, l'information à donner dans ce contexte apparaissait comme insuffisante dans les dossiers des patientes.

Mots clés : Utérus cicatriciel, voie d'accouchement, tentative de voie basse après césarienne, césarienne programmée après césarienne, information des patientes.