



Réduire les taux de césariennes injustifiées ?

Pourquoi? Comment?

Khaled NEJI



Organisation
mondiale de la Santé



Ne pas dépasser 15% de CS sous peine d'augmenter la morbidité maternelle sans améliorer le pronostic foetal



World Health
Organization

hrp.

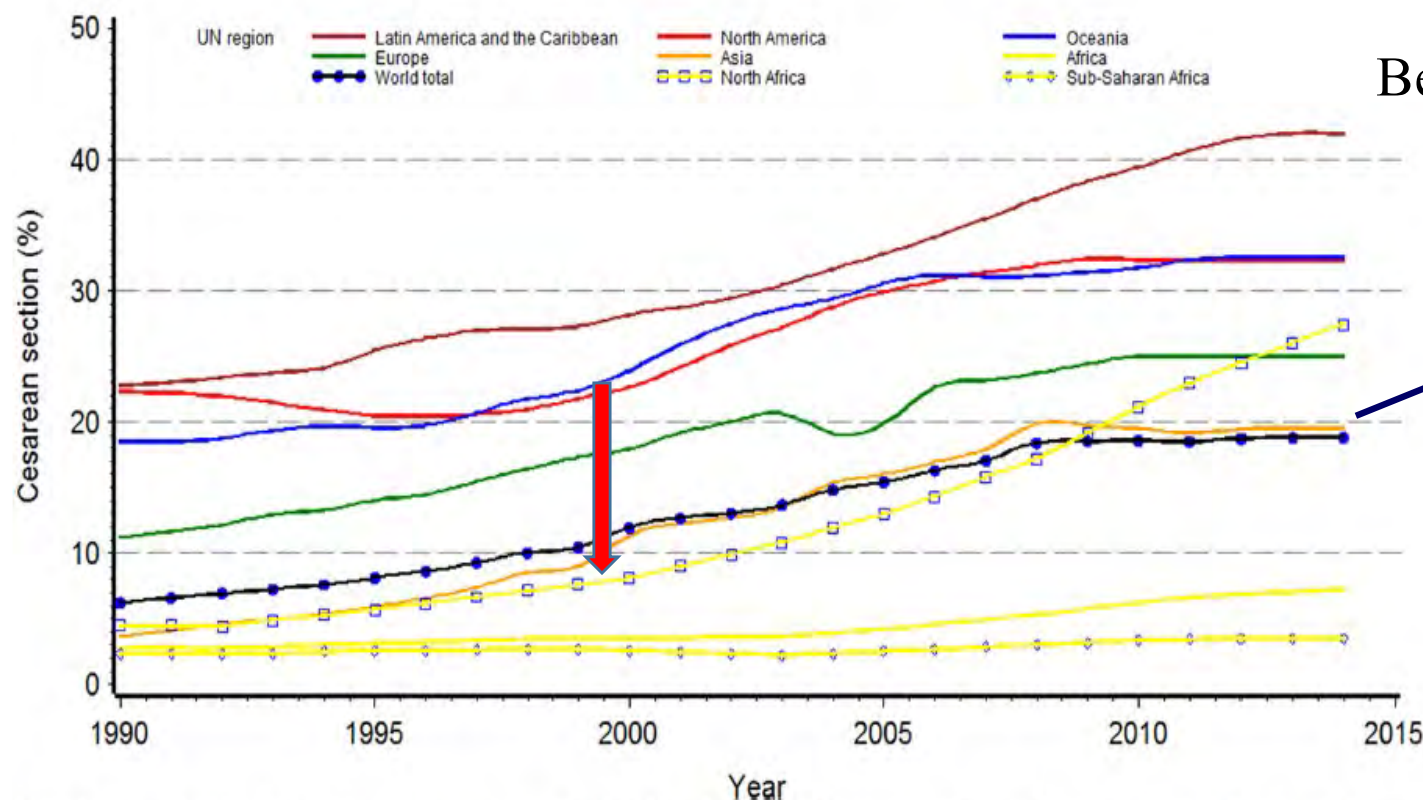
WHO Statement on Caesarean Section Rates

Every effort should be made to provide caesarean sections to women in need, rather than striving to achieve a specific rate

FIGO opinion paper: Drivers and Solutions to the Cesarean Delivery Epidemic; with emphasis to rapidly increasing rates in North Africa and South Eastern Europe

G.Visser –A Ubon -Kh NEJI- An Nassar -Bo Jacobsson -W Nicholson

On Behalf of FIGO Committee Childbirth and PPH



Bertran et al, 2016

21%

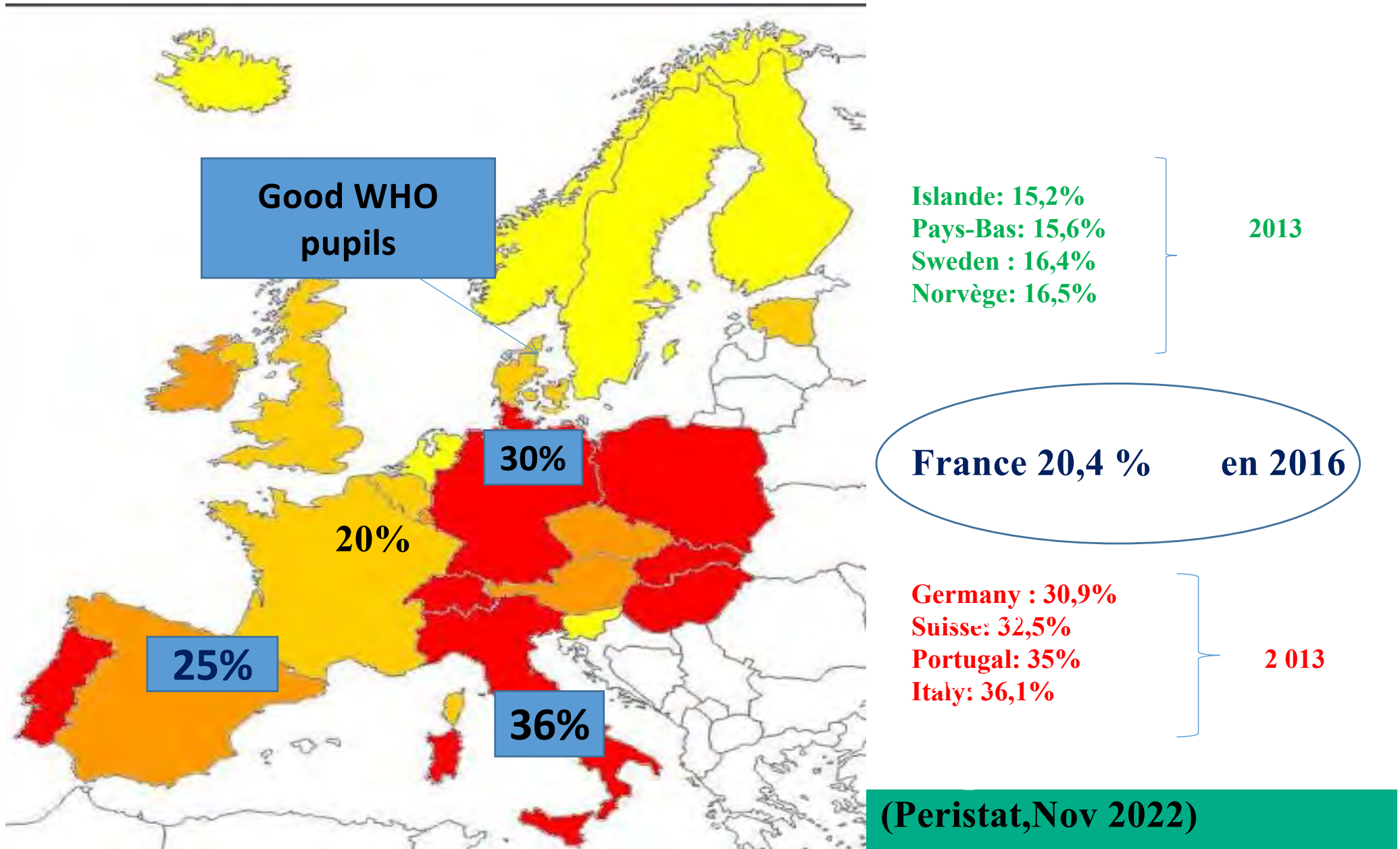
Fig 2. Global and regional trends in caesarean section, 1990–2014. Sub-Saharan Africa includes Eastern, Middle, Southern and Western Africa subregions. For the purpose of this graph, a linear interpolation between available data from 1990 and 2014 was calculated. When data for 2014 were not available, the CS rate for the latest year available was used also for all subsequent years up to 2014.

Depuis 20 ans , les Tx CS ont triplé dans le monde, passant de 7 à 21 %, les taux les plus élevés en Amérique .

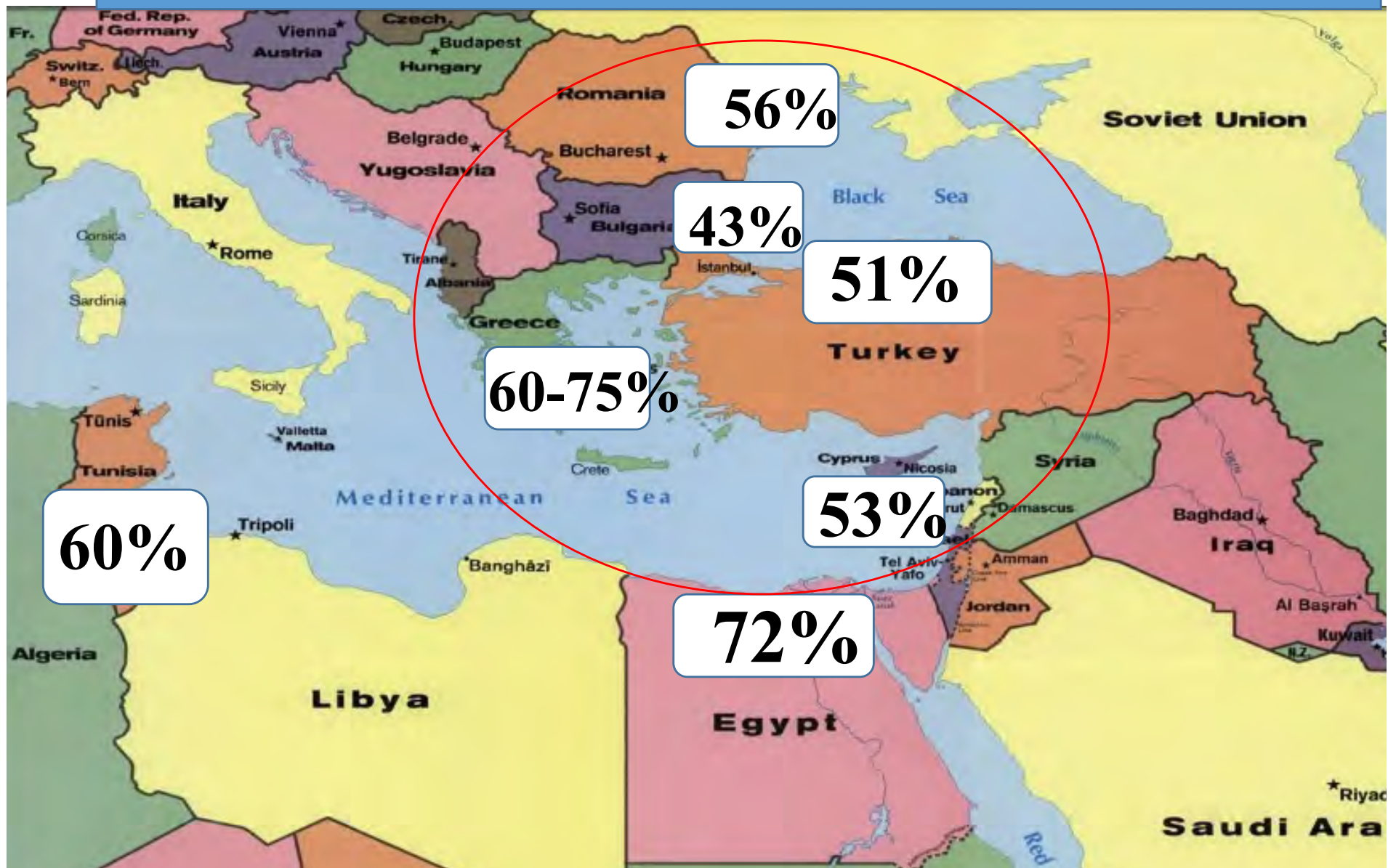
Cette augmentation encore linéaire, se poursuivra d'ici 2030 28,5 % des femmes dans le monde accoucheront par CS (38 millions de CS dont 33,5 millions dans les pays PRFI.

Epidemiologie de la Cs en Europe

Baisse dans 12 pays, élévation : 9 stable ailleurs



Les rebelles de l'OMS



Trend in Caesarean Section Rates 1990-2014

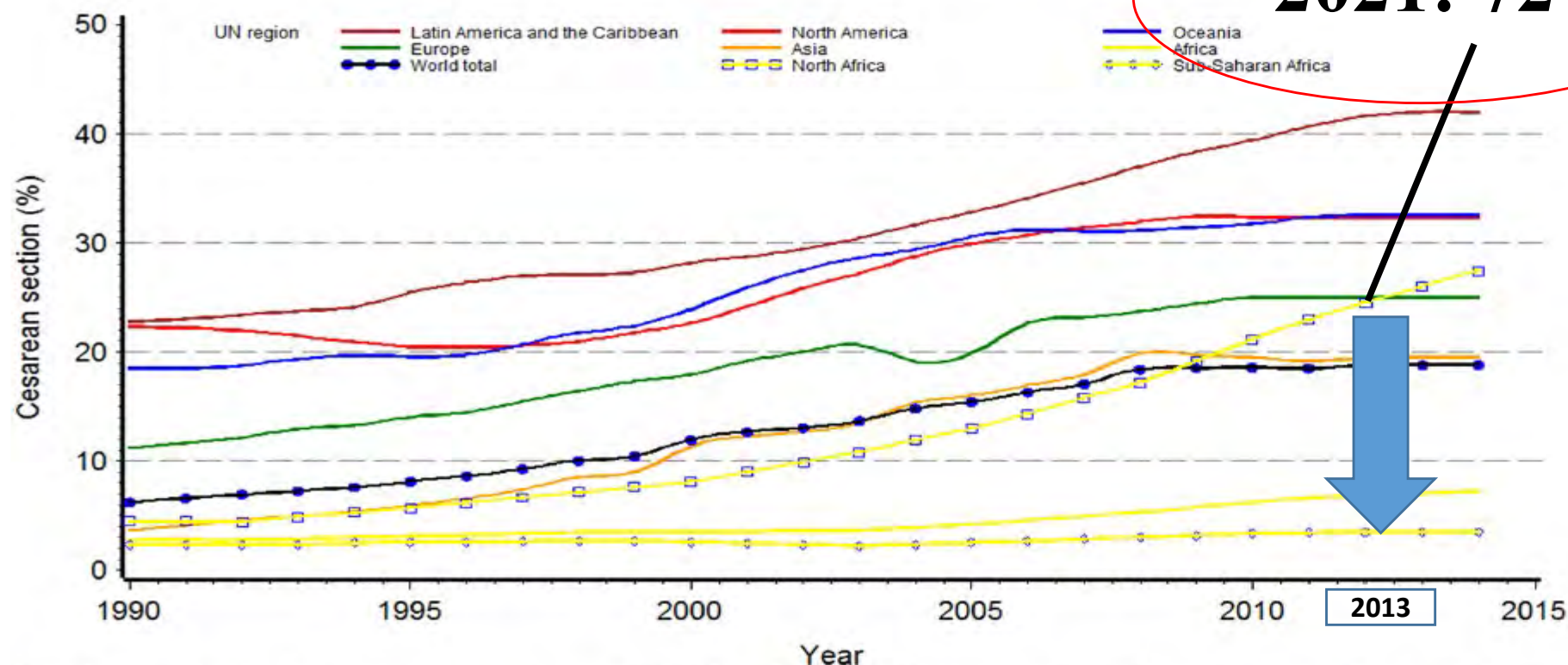


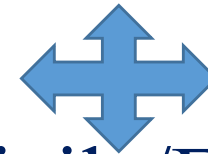
Fig 2. Global and regional trends in caesarean section, 1990–2014. Sub-Saharan Africa includes Eastern, Middle, Southern and Western Africa subregions. For the purpose of this graph, a linear interpolation between available data from 1990 and 2014 was calculated. When data for 2014 were not available, the CS rate for the latest year available was used also for all subsequent years up to 2014.

Afrique du nord: situation Alarmante,
TCs 27% en 2013 a grimpé 60% en Tunisie et 72% en Egypte (> 80% privé) .

L' incidence des CS n a aucun rapport avec

l' EBM mais elle est plutôt liée :

1. **Côté financier** (clinique -Hôpital /médecin).
2. Convenance /commodité (Patiente/médecin).
3. Appréhension du médico légal .
4. Incompétence devant AVB difficile/Forceps.



Intelligence artificielle???

Conséquences

- / Morbidite maternelle directe (péri opératoire).
- **Complications** lors des **grossesses ultérieures** (Plac accreta, Isthmocèle...).
- Morbidité néonatale /prématurité iatrogène .
- Mies Auto immunes et Mb de l'enfant .

Morbidité maternelle péri op directe

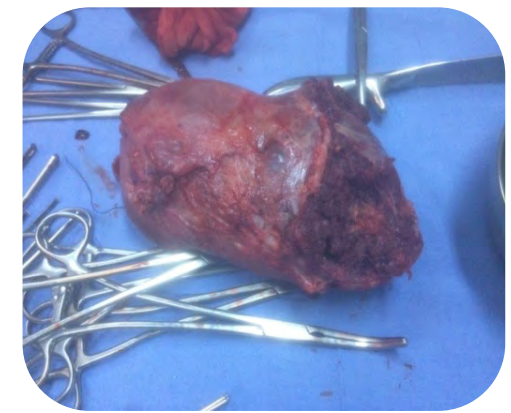
RR

- Overall severe morbidity 3.1 (3.0-3.3)
- Hemorrhage requiring hysterectomy 2.1 (1.2-3.8)
- Any hysterectomy 3.2 (2.2-4.8)
- Anesth complications 2.3 (2.0-2.6)
- Cardiac arrest 5.1 (4.1-6.3)
- Puerp venous thromboembolism 2.2 (1.5-3.2)
- Major puerperal infection 3.0 (2.7-3.4)
- Obstetric wound infection 5.1 (4.6-5.5)



Lors des grossesses ultérieures

Pathologie émergente grave: Placenta accreta



Symptom	Number of cases	%
Vaginal bleeding	88	68,75
Pelvic pain	18	14.06
Hématuria	7	6,25
Prelabor rupture of membranes	12	9,37
Prolaps	10	7.8
No symptoms	33	25,78

Complications	Emergency surgery	Scheduled surgery	Total
---------------	-------------------	-------------------	-------

158 cas entre 2001-2023

2001-2011: 23 cas

2011-2022: 135 cas

4 décès maternel ++

Urologic	20	7	27
Digestive	3	1	4
Vascular	6	2	5

Pourquoi on est on arrivés là?

Absence totale d'évaluation des pratiques professionnelles, chacun décidant en fonction de son « expérience » ou « impression personnelle » ou sa convenance avec comme conséquence une forte hétérogénéité dans la pratique médicale



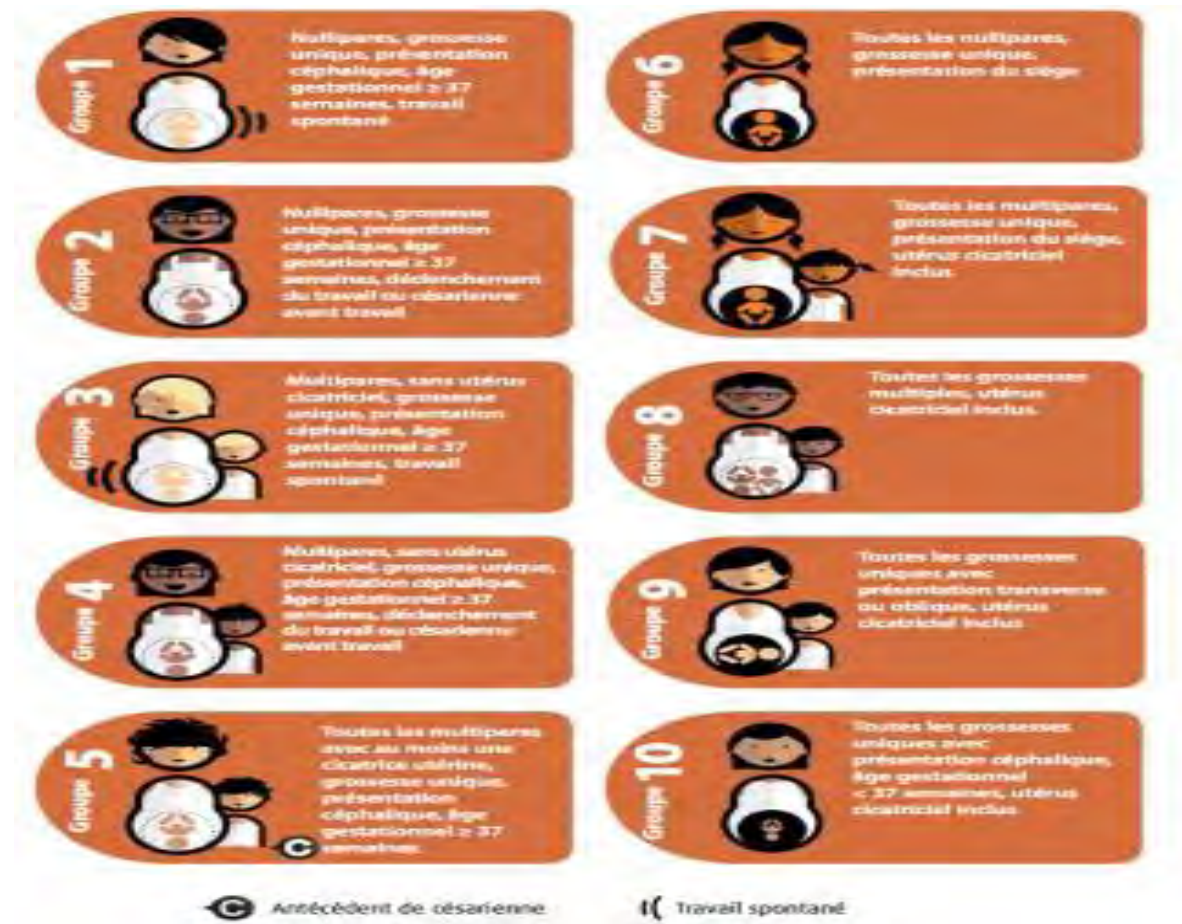
Absence de volonté (réelle) chez les médecins et les politiques) pour diminuer ce fléau (impunité).

Outils pour réduire les Taux de CS ?

Classification de ROBSON = AUDIT Interne



- Basée sur 5 critères :
- 1. *Age gestationnel* .
- 2. *Parité* .
- 3. *Nombre de fœtus* .
- 4. *Présentation foetale* .
- 5. *Mode de mise en travail* .



* Robson MS. Classification of caesarean sections. Fetal Matern Med Rev 2001;12:23–39.

**FIGO working group Int J Gyn Obstet 2016;135:232–3.

1ere Expérience tunisienne

CMNT Service B



- **Etude rétrospective** sur 1 an (1^{er} Juillet 2019 au 30 Juin 2020 incluant toutes les naissances >28 SA
- **Objectifs:**
 1. Analyser la distribution des Cs par **la Classification de Robson** .
 2. Identifier les principaux groupes contributifs au TCs .
 3. Proposer **des solutions spécifiques** à même de diminuer le TCs au sein de ces groupes.

** Farine D, Robson M. Classification of caesarean sections in Canada: the modified robson criteria.*

J Obstet Gynaecol Can 2012;34:1133.

Résultats (N = 3884 patientes)

- **1664** césariennes TCs global était de **42 ,5 %**
(était à 58 % en 2016) .

•
64 % utérus cicatriciels!!



Staff de la 1 ere césarienne+ (2020)

Impact très positif sur nos résidents en formation pour
qu' ils ne banalisent plus la césarienne .

Répartition de CS selon robson

G1+ G2 + G5
1142 CS
69,6%

Tableau V : Classification de Robson.

Groupe	Voie basse	C/S	Nombre de parturientes	Taille relative groupe	Taux de césarienne dans chaque groupe
Groupe 1	477	123	600	15,44%	20,50%
Groupe 2a	259	154	413	10,63%	37,28%
Groupe 2b	0	94	94	2,42%	100%
Groupe 2	259	248	507	13,05%	48,91%
Groupe 3	860	50	910	23,42%	5,49%
Groupe 4a	273	29	302	7,77%	9,60%
Groupe 4b	0	41	41	1,05%	100%
Groupe 4	273	70	343	8,83%	20,40%
Groupe 5	125	771	896	23,06%	86,04%
Groupe 6	10	46	56	1,44%	82,14%
Groupe 7	17	63	80	2,05%	78,75%
Groupe 8	37	61	98	2,52%	62,24%
Groupe 9	0	13	13	0,33%	100%
Groupe 10	162	219	381	9,80%	57,48%
Total	2220	1664	3884	100%	42,84%

Indications des Cs du G 1

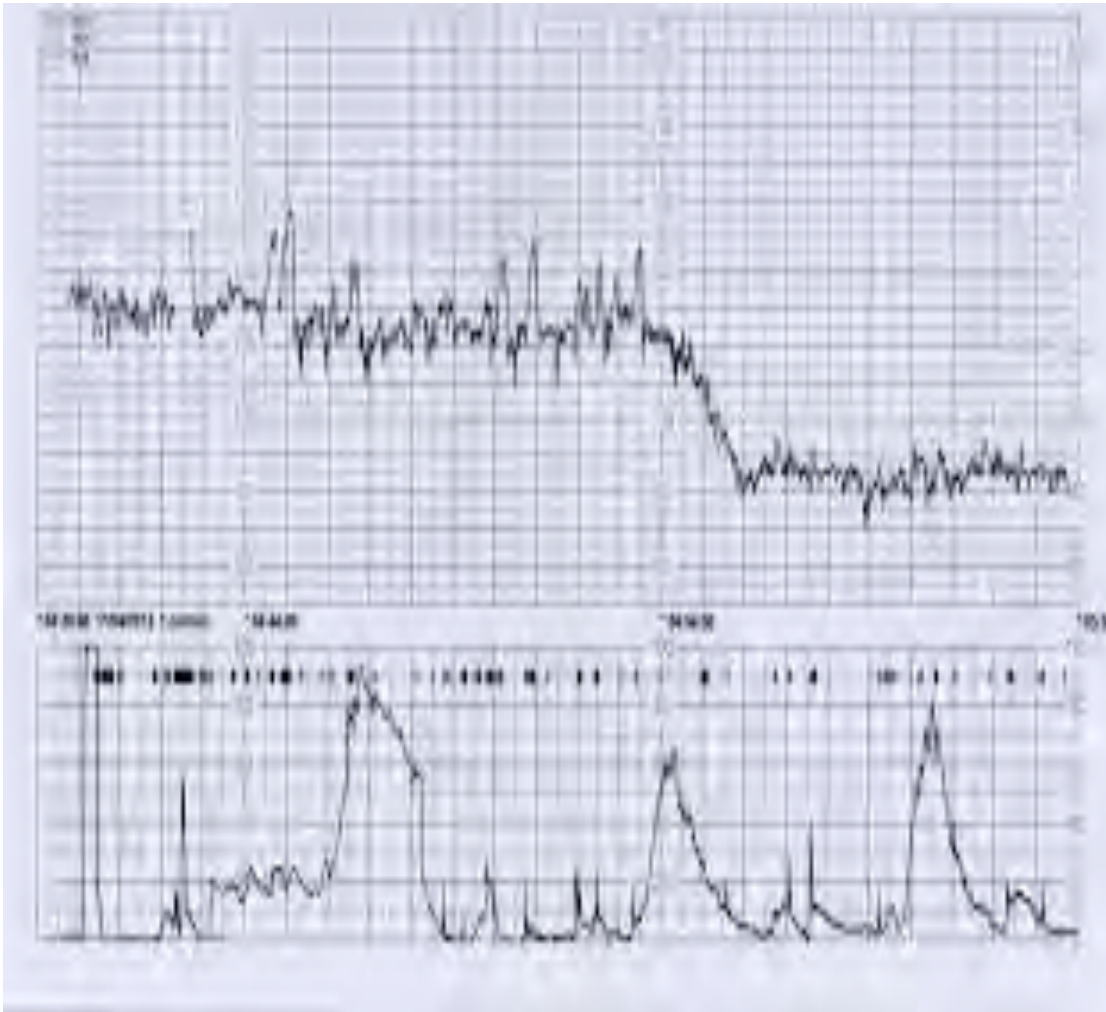
Primipares avec singleton en PC à terme avec un travail spontané .

- TC de 20,50%
- Contribution au TC global = 3,16%.
- **1ère indication de Cs : « souffrance fœtale » : (47%) ...**
- Apgar à la naissance > 7 dans > 50% des cas !!

Indication	%
RCF non rassurant +++	47
Dysproportion Foeto-Pelvienne (DFP)	19
Dystocies cervicales	17
Anomalies du bassin	4
Pathologies maternelles	12
Pathologies fœtales	1

FP du RCF > 50%++

ERCF peu spécifique



Apgar 10 rose - Crie -
pisse

Axe de riposte 1

Réduire Tx des « présumées » SFÄ

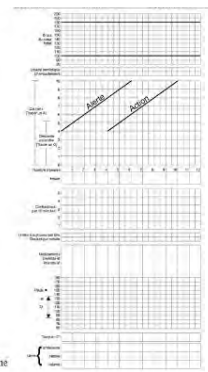
- Impliquer le senior dans le Dg SFA :abolir les avis « à distance » .
- **Formation continue** des **sages femmes/** résidents à l'interprétation de RCF .
- **Introduire la technique ph au scalp foetal**
/Amnioinfusion
- Analyse informatisée du RCF : VCT
Equipement et training ++

Indications de CS dans le G 2a-b

Primipares avec singleton PC, a terme , W déclenché /ou (2b: Cs avant le travail)

- 13,05% des cas avec TC = 48,91%.
- 1ere indication
- *Dystocie cervicale (33%)*
- 2eme contributif au TC

Indication	(%)
Dystocies cervicales	33
RCF pathologique	29
DFP	7
Pathologies gravidiques sévères Bishop <6	6
Pathologie maternelle	17
Pathologies fœtales	7



Axes de riposte 2 (G1 et G2)

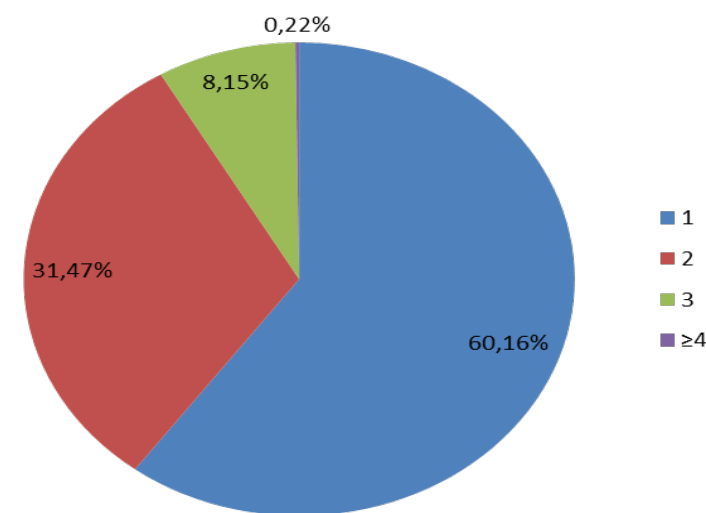
- Appliquer **le nouveau partogramme de l'OMS**:
 - **Prolonger la phase de latence** (20H primipare et 14h multipare) et phase active à partir de **6 cm**.
 - Tolérer une stagnation de dilatation jusqu'à 4 H.
- **Eviter le déclenchement du W chez les femmes à bas risque MF +++**

Le groupe 5 : utérus cicatriciel

Multipares avec au - une cicatrice utérine sur singleton en PC à terme

- Le TC y était de **86,04% ++**

- **1^{er} contributeur au TC global (19,85%).**



*Répartition des parturientes
groupe 5 selon le nombre de
cicatrices.*

Axe de riposte4 (Groupe 5)



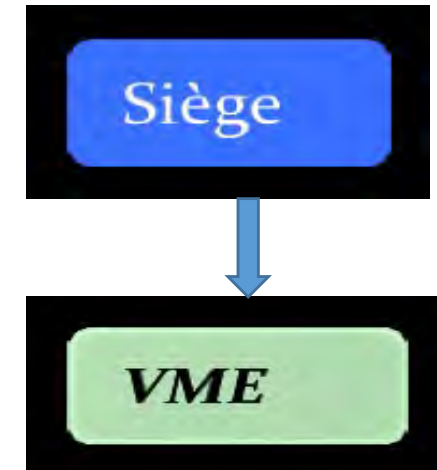
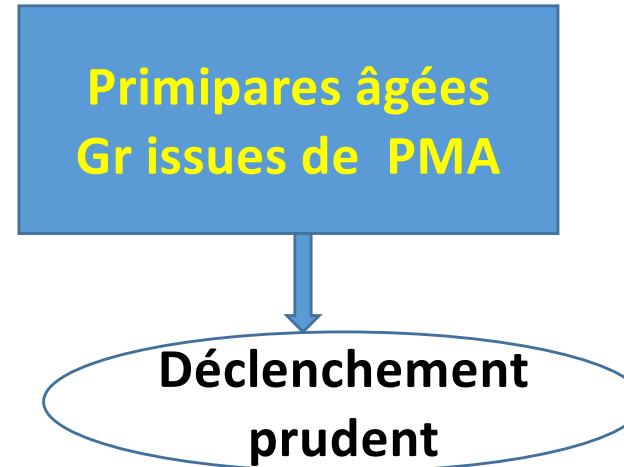
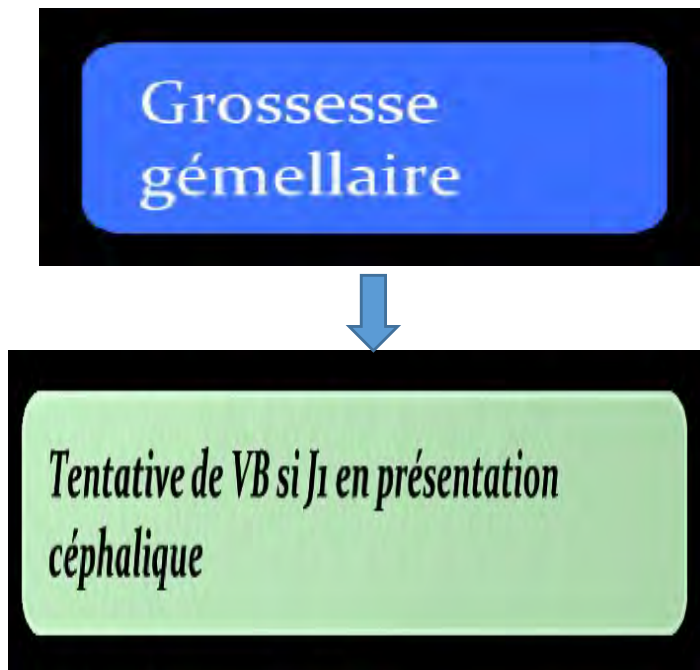
- Epreuve utérine acceptée 2 fois /5 et a réussi dans 64% des cas (qualité cicatrice? CRO)
- Déclenchement sur utérus uni cicatriciel autorisé (sélection minutieuse +++).
- Dans ce tri , la mesure **échographique du segment inférieur semble utile** .
- Macones* : Le risque de déhiscence était quasi nul (VPN 99,3 %) si le SI **> 3,5 mm.***

***Macones et al. Maternal complications with vaginal birth after cesarean delivery: a multicenter study.*

Am J Obstet Gynecol. 2005;193:1656–62.

Autres axes

Groupes Peu contributifs



TCs en 2023 40 % (58 % en 2016)

FIGO Ripost :

How to reduce the CS epidemic ?

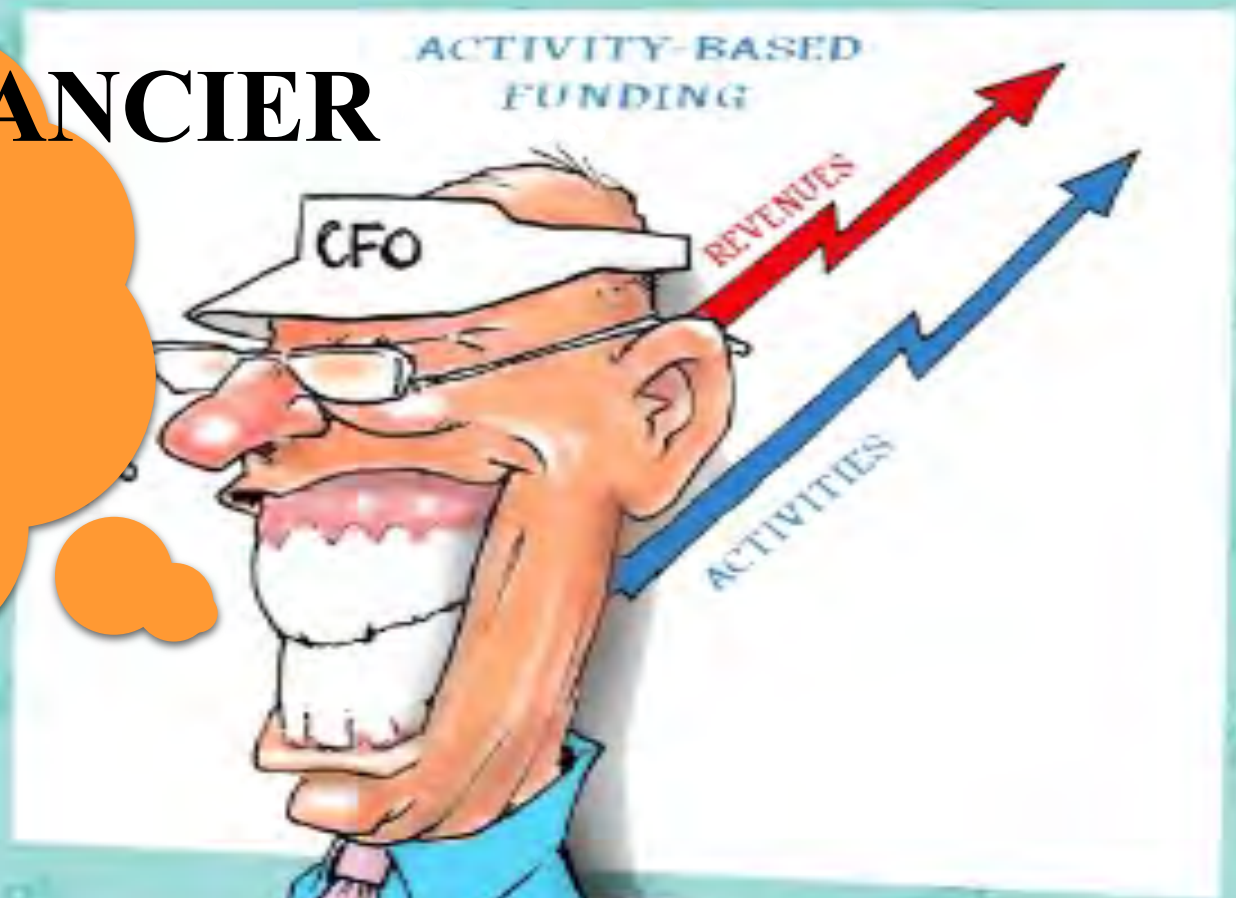


1. Financer les hôpitaux sur la base de leurs tx de CS
2. Recours à la classification de Robson.
3. Informer (objectivement) les femmes quant aux risques et bénéfices de la CS.
4. Offrir les meilleurs soins et analgésie en salle de travail .
5. Relancer AVB instrumental (simulation/trainer).
6. **Honoraires (au -) equivalents pour AVB / CS.**

INTERET FINANCIER

La césarienne est à l'evidence plus rentable?

Alors faisons plus de cesariennes



D. H. H. H.

FIGO position paper:

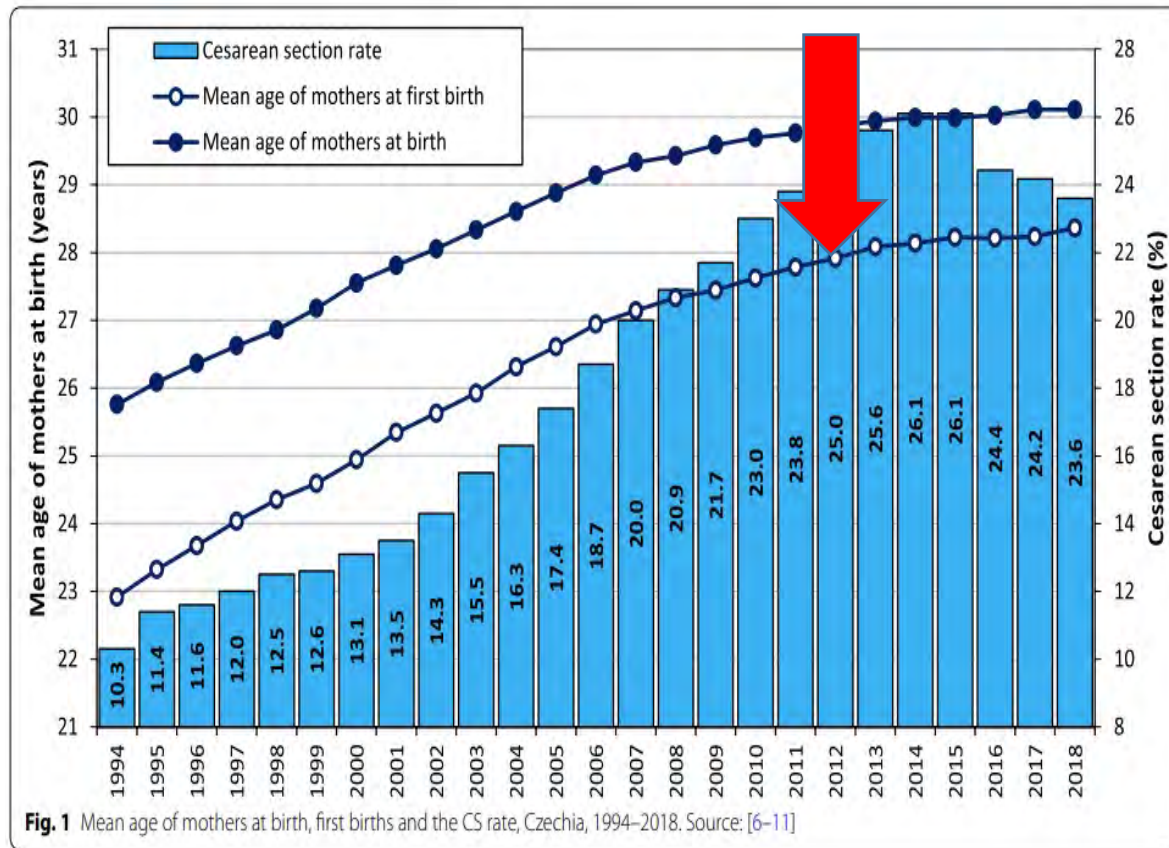
Résultats



- Portugal baisse de 10% en 3 ans
- **Iran: baisse de 10% en 15 mois**
- Shanghai: baisse de 16% en 7 ans

Impact de l'information sur le Tx CS

*CS in Czech Republic BMC
Pregn & childbirth 2022*



**Rôle des
obstetriciens
sages femmes
Médias**

**Objective and rational information to women was the major
influential factor**

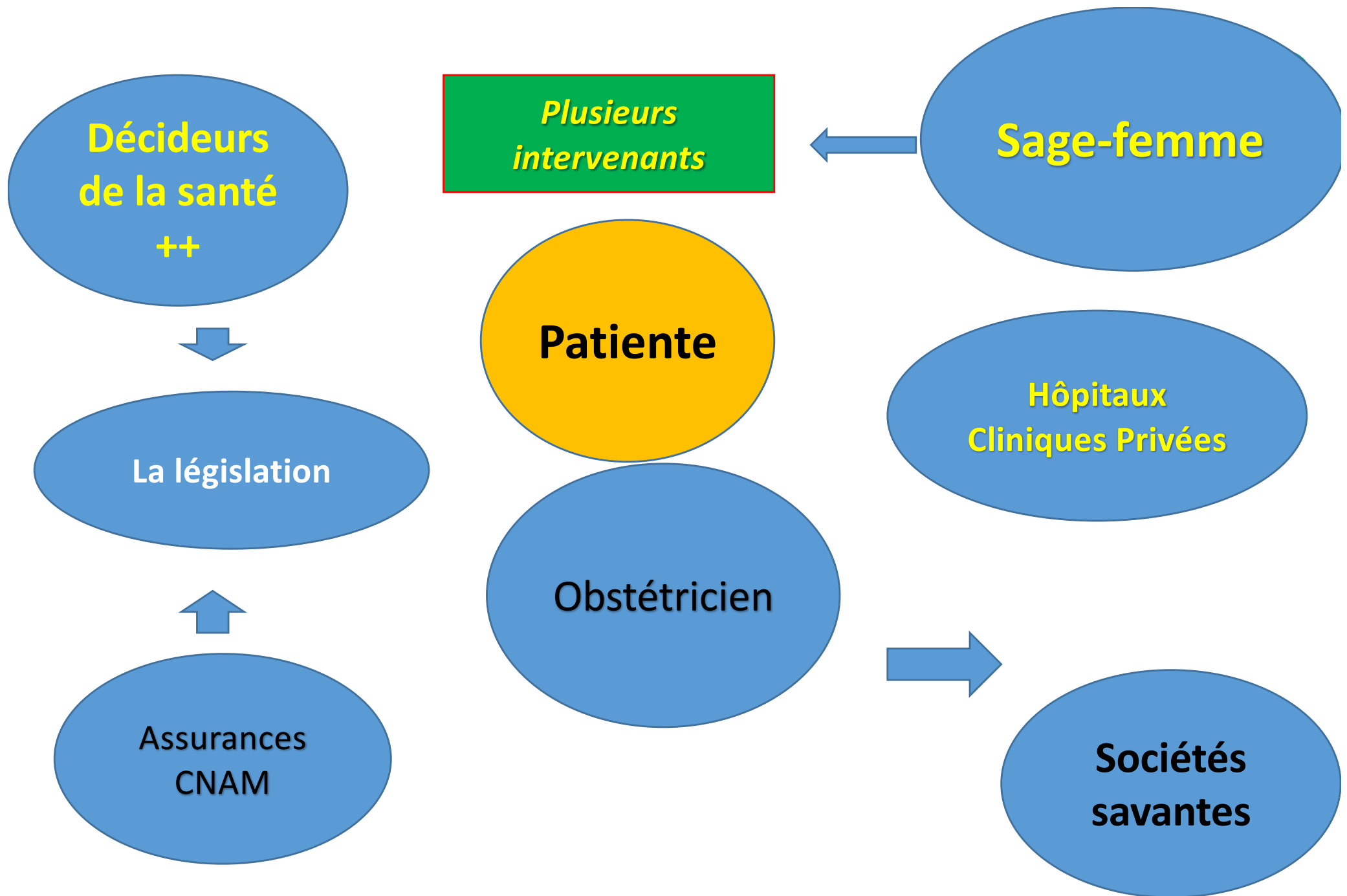
Médico-legal et Tx CS



- Obstétriciens ont peur .
- Médecine Défensive/préventive .
- **Dilemmes non encore résolus :**
 - Qui peut être expert ? Qui le désigne et comment?
 - Aléa thérapeutique? Faute médicale? (Plexus Brachial)

Faire face aux problèmes médico-légaux?

- **Décriminaliser.**
- En Tunisie Plaidoyer pour une loi spécifique sur la responsabilité médicale peine passer (resistances de la société civile).
- FIGO propose que la Cour soit composée :
3 juges , 2 Obstétriciens compétents .



L'obstétricien à lui seul ne pourra pas réduire le taux de CS
Approche collégiale ++

CONCLUSION



- La CS inutile augmente le risque maternel direct et différé et Compromet le pronostic de l'enfant .
- Prise de conscience et volonté réelle de réduire Tx CS.
- Eviter le déclenchement du travail chez la nullipare à **bas risque** et les **Cs systématiques** devant utérus cicatriciel sont 2 axes à développer si l'on souhaite maîtriser les TCs .

- ✓ Audit interne dans tous les services (Robson)
- ✓ Afficher les taux de CS par service / Clinique.+++
- ✓ Préparation la naissance / Information /
- ✓ Amélioration des soins lors du travail ++
 - ✓ Anesthésie Péridurale .
 - ✓ Accompagnement par un proche pendant le travail
(IINA FIGO project)

XXIV FIGO World Congress of Gynecology and Obstetrics

9–12 October 2023,
Paris Convention Centre

● figo2023.org

FIGO XXIV
WORLD CONGRESS OF
GYNECOLOGY AND OBSTETRICS



the Global Voice for Women's Health