réseau sécurité naissance
NAÎTRE ENSEMBLE
PAYS DE LA LOIRE

Evaluation des Pratiques Professionnelles Grossesses Prolongées

Analyse régionale

Décembre 2019

Le Réseau Sécurité Naissance - Naître Ensemble est le réseau des maternités et des professionnels de la périnatalité de la région Pays de la Loire.

Nous remercions les 23 maternités du réseau ainsi que les référents qui ont participé à cette évaluation des pratiques professionnelles.

CH ANCENIS – Dr MISBERT Emilie.
CH CHALLANS – Dr LINET Teddy et Me ARAGOT Françoise
CH CHATEAUBRIANT – Dr MORIAUX Ysabelle et Me COJEAN Caroline
CH CHATEAU GONTIER HAUT ANJOU – Me PILET Sophie
CH CHOLET – Dr LEMINE Michel et Me LANDREAU Sandrine
CH LES SABLES D'OLONNES COTE DE LUMIERE – Dr MAPENZI Lucie et me THOMAS Elisabeth
CH FONTENAY LE COMTE – Dr BENETEAU Jean-Luc et Me CIRET Sandrine
CH LA ROCHE SUR YON – Dr DUCARME Guillaume et Me BERTE Marie Pierre
CH LAVAL – Dr KARIRISI Apollinaire et Me LEMERLE Pauline
CH LE MANS – Dr CREPEAUX Vincent et Me ABBOUCHE Véronique
CH NORD MAYENNE – Dr SIX Thierry et Me FOISNET Guillemine
CH POLE SANTE SARTHE ET LOIR – Dr OUSSEY Napo Zag et Me GAUTIER Emilie
CH SAINT NAZAIRE – Me KERSCAVEN Elodie
CH SAUMUR – Dr MOYA Isabelle et Me ABLAIN Myriam
CHU ANGERS – Me BOUDIER Sylvie
CHU NANTES – Dr ARTHUIS Chloé
CLINIQUE BRETECHE – Dr PROUST Stéphanie et Me HERIAUD Fabienne
CLINIQUE DE L'ANJOU – Dr ETIENNE Charlotte et Me RODRIGUEZ Marie
CLINIQUE JULES VERNE - Dr LAUNAY BOURILLON Claudine et Me GLEMIN Marylène
CLINIQUE SAINT CHARLES – Dr MECHOULAN Agnès et Mr CARLIER Stéphane
CLINIQUE TERTRE ROUGE – Dr WITTRISCH Laurence et Me BOUREAU Aurélie
POLYCLINIQUE DU PARC – Dr ALAOUINE El Moutallib et Me BOTTON Laurence
SANTE ATLANTIQUE – Dr SIMONNET Rachel, Me THILBAULT Emmanuelle et Me BRETAULT Valérie

SOMMAIRE

Rappels méthodologiques 3
Flow Chart des inclusions 4
Définitions Indicateurs de conformité 5
Indicateurs de conformité régionaux 8
Analyse descriptive régionale 9

Annexe : tableaux de comparaison des indicateurs de conformité des 23 maternités 17

Rappels méthodologiques

Travail initié en 2018 par la commission obstétricale (Responsable Dr Anne Cécile RACINE THIBAUD).

Recueil et saisie des données : Dr Camille LESVENAN, Dr Mélissa SIMONI (pour travail de thèse sous la direction respective des Pr Guillaume LEGENDRE (Université Angers) et Dr Chloé ARTHUIS (Université Nantes), thèse validée avec succès le 14/10/2019.

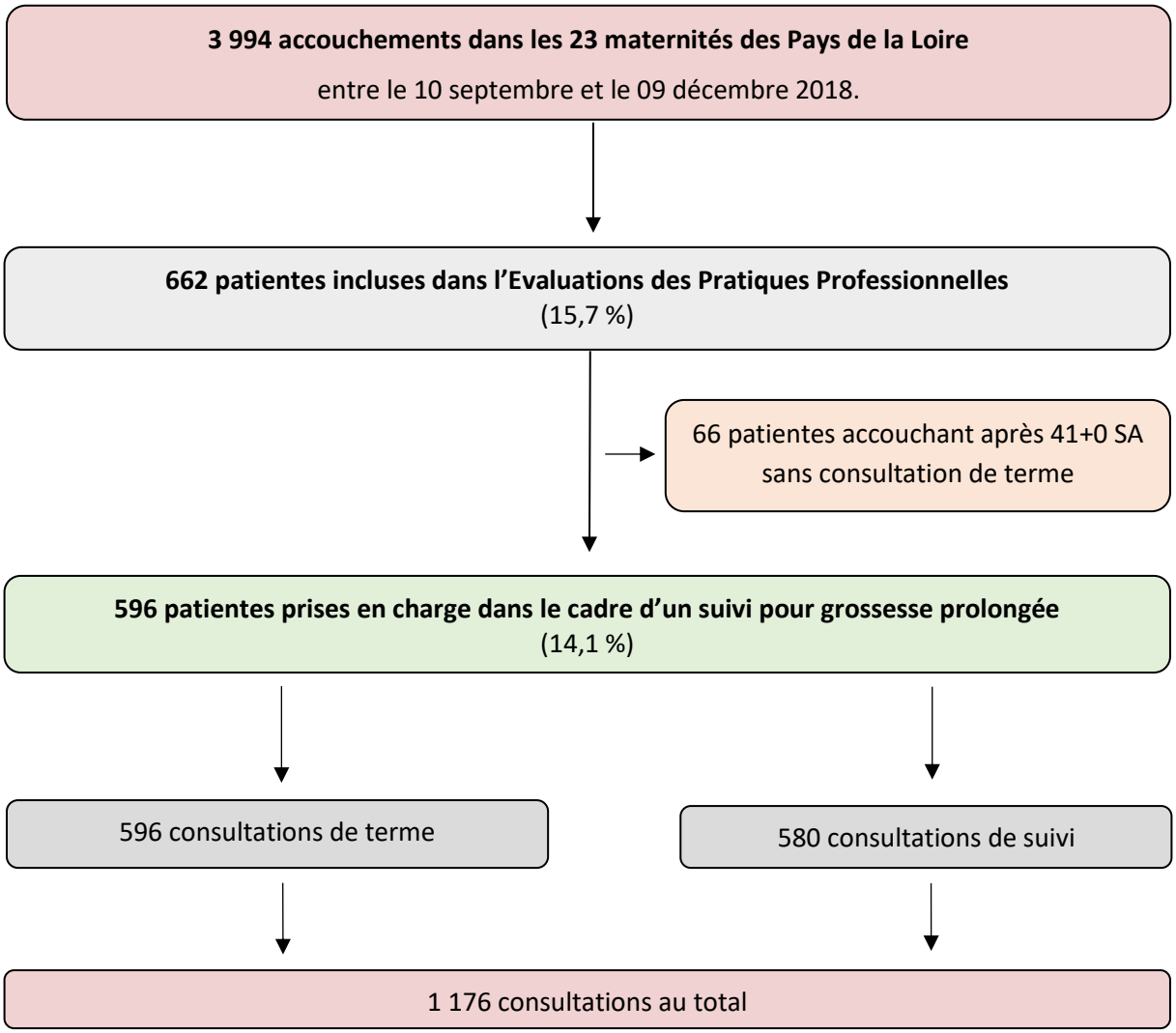
Analyse statistique : Marion OLIVIER.

Rédaction du rapport d'analyse : Nathalie BANASZKIEWICZ, Marion OLIVIER avec les participations à l'analyse et/ou la rédaction de Rozenn COLLIN, Dr Anne-Sophie COUTIN avec les apports dans le cadre du travail de thèse des Dr C LESVENAN, M SIMONNI, Dr C ARTHUIS, Pr G LEGENDRE.

Objectifs	Objectif principal : Analyser les pratiques professionnelles de prise en charge des grossesses prolongées, dans les maternités des Pays de la Loire participantes, en rapport avec les référentiels et recommandations nationales de pratiques cliniques édictées par le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) en décembre 2011. Objectifs secondaires : Apprécier la tenue du dossier obstétrical concernant l'information des patientes. Connaitre le devenir obstétrical et fœtal des grossesses prolongées. Dégager des axes d'amélioration pour la pratique clinique au sein de chaque établissement participant
Population concernée	Critères d'inclusion : Accouchement dans une des maternités participantes des Pays de la Loire avec un terme supérieur ou égal à 41 +0 SA entre le 10 septembre 2018 et le 09 décembre 2018 : Quel que soit l'état de l'enfant, vivant ou mort-né. Quel que soit la parité. Quel que soit le mode d'accouchement : voie basse ou césarienne. Critères de non-inclusion : Opposition des patientes au recueil de leurs données.
Sélection des dossiers	A partir du 10 décembre 2018 afin de trouver rétrospectivement : 20 dossiers consécutifs pour les maternités réalisant moins de 800 accouchements par an ; 30 dossiers consécutifs pour les maternités réalisant entre 801 et 2999 accouchements par an ; 40 dossiers consécutifs pour les maternités réalisant plus de 3000 accouchements par an. Le nombre de dossiers de grossesses prolongées attendus était de 640 en fonction du taux de participation des établissements.
Information des patients	Information générale par voie d'affichage dans chaque établissement participant. Information individuelle remise à chaque patiente venant consulter ou accoucher après 41+0 SA dans les maternités participantes.
Recueil des données	A l'aide d'un questionnaire standardisé correspondant au suivi médical mis en place pour le suivi des grossesses prolongées ainsi que les données de l'accouchement et du post-partum immédiat. Recueil des « indicateurs globaux » d'activité de chaque maternité sur la période de l'étude ainsi que les modalités d'organisation interne spécifiques à chaque établissement.
Analyse des données	Données transcrites sur le logiciel EPIDATA. Analyse descriptive des données brutes par des distributions de fréquence, la moyenne et son écart-type, le minimum et le maximum sous le logiciel SAS V9.4.

→ **Rendu personnalisé à chaque maternité fin décembre 2019 incluant outre les données régionales ses indicateurs de conformité et analyse descriptive spécifique**

Flow chart des inclusions



Définitions Indicateurs de conformité

13 indicateurs de conformité ont été définis correspondants *aux recommandations de pratiques cliniques jugées « essentielles » du CNGOF :*

- 8 indicateurs concernant la surveillance clinique des patientes ;
- 2 indicateurs concernant l'information des patientes sur leur prise en charge ;
- 3 indicateurs concernant la prise en charge des patientes.

Une analyse de conformité pour chaque indicateur a été réalisée de manière indépendante, de façon binaire (conforme ou non conforme).

1. Surveillance clinique des patientes.

a. « Début surveillance ».

> *Une surveillance fœtale instaurée à partir de 41+0 SA concerne environ 20 % des femmes et permet de réduire la morbidité périnatale par rapport à une surveillance à partir de 42+0 SA (grade C).*

Afin de tenir compte des aléas organisationnels de l'ensemble des établissements, nous avons fait le choix de considérer comme conforme le fait qu'une patiente ait débuté son suivi médical de grossesse prolongée entre 40+6 SA et 41+1 SA.

b. « Surveillance toutes les 72H ».

> *La fréquence conseillée de cette surveillance se situe entre 2 et 3 fois par semaine (accord professionnel).*

Sont déclarés comme conformes, les dossiers pour lesquels les femmes présentant une grossesse prolongée ont bénéficié d'une consultation au moins toutes les 72 H.

c. « Réalisation ERCF ».

> *L'enregistrement du rythme cardiaque fœtal représente l'examen de première ligne de la surveillance du bien-être fœtal, et son intégration dans les programmes de surveillance et paraît incontournable (accord professionnel).*

Lorsqu'un enregistrement du rythme cardiaque fœtal ERCF a été réalisé deux à trois fois par semaine, le dossier est déclaré comme conforme.

d. « Analyse ERCF ».

> *Les données de la littérature sont insuffisantes pour affirmer l'intérêt de l'analyse informatisée du RCF en cas de grossesse prolongée (grade B).*

Les dossiers sont jugés conformes lorsqu'une analyse de l'ERCF, visuelle et/ou informatisée, a été réalisée et notifiée dans le dossier.

e. « Echographie toutes les 72H » et « Recherche oligoamnios ».

> *Devant le risque de survenue d'oligoamnios et d'augmentation de la morbidité après 41+0 SA, il semble raisonnable de proposer une surveillance prénatale échographique de la quantité de liquide amniotique à partir de 41+0 SA et ce, deux à trois par semaine (accord professionnel).*

Pour le premier indicateur, sont jugés comme conformes les dossiers pour lesquels ont été réalisée une échographie toutes les 72H au cours du suivi pour grossesse prolongée.

Pour le second, les dossiers pour lesquels une mesure de la quantité de liquide a été réalisée au cours du suivi ont été jugés comme conformes.

f. « Recherche d'un oligoamnios par mesure de la grande citerne GC ».

> *En échographie, il est recommandé d'utiliser la mesure de la plus grande citerne de liquide amniotique, car la mesure de l'index amniotique- somme des quatre quadrants – s'accompagne d'une augmentation du nombre de diagnostic d'oligoamnios, d'inductions du travail et de césariennes pour anomalie du RCF sans amélioration du pronostic néonatal (grade A).*

Sont retenus comme conformes, les dossiers pour lesquels la mesure de la grande citerne a été utilisée pour rechercher un oligoamnios.

g. « Mesure de la grande citerne GC toutes les 72 H ».

> *Il semble raisonnable de proposer une surveillance prénatale échographique de la quantité de liquide amniotique (mesure de la grande citerne de liquide amniotique) à partir de 41+0 SA et ce, 2 à 3 fois par semaine (accord professionnel).*

Les dossiers pour lesquels une mesure de la grande citerne a été réalisée toutes les 72H sont considérés comme conformes.

2. Information des patientes sur leur prise en charge.

a. « Information du déclenchement ».

> *En l'absence de pathologie, un déclenchement du travail devrait être proposé aux patientes entre 41+0 SA et 42+6 SA (grade B). Il sera déterminé en fonction des caractéristiques maternelles (conditions cervicales locales, cicatrice utérine, parité, indice de masse corporelle, âge), de la préférence des patientes et de l'organisation des soins des maternités (accord professionnel). Cependant, si la prolongation de la grossesse au-delà de 42+0 SA est choisie, elle semble assortie d'une augmentation des risques fœtaux qui doivent être expliqués à la patiente et mis en balance avec les inconvénients potentiels d'un déclenchement (accord professionnel).*

Les dossiers pour lesquels les femmes ont bénéficié d'une information sur le déclenchement du travail à au moins une des consultations de suivi sont jugés comme conformes.

b. « Informations du Décollement du Pole inférieur de l'Œuf (DPIO) ».

> *Au cours de la surveillance des grossesses prolongées, le décollement des membranes peut être proposé aux patientes car il peut réduire la durée de la grossesse par une augmentation du nombre de patientes entrant en travail spontanément dans la semaine suivant le décollement. Il n'augmente ni le taux de césarienne, ni le risque de rupture des membranes, li les risques infectieux maternels et néonataux. A l'inverse, il réduit le recours au déclenchement de 41 % à 41+0 SA et de 72 % à 42+0 SA. Toutefois, ces désagréments (contractions, métrorragies, douleurs) doivent être clairement exposés et acceptés avant son éventuelle réalisation.*

Lorsqu'une patiente a bénéficié, au moins une fois au cours de son suivi médical pour grossesse prolongée, d'une information sur la balance bénéfice / inconvénients du décollement des membranes, le dossier est considéré comme conforme.

3. Prise en charge obstétricale des patientes.

a. « Prise en charge oligoamnios ».

> *En cas d'oligoamnios, défini par une plus grande citerne < 2 cm, un déclenchement peut être envisagé (accord professionnel). En l'absence de déclenchement, la surveillance doit être renforcée (accord professionnel).*

Parmi les 596 dossiers étudiés, 26 dossiers avec oligoamnios ont été mis en évidence. Les dossiers sont conformes si ces patientes ont bénéficié d'un déclenchement après la découverte de l'oligoamnios ou si la surveillance a été rapprochée à un délai entre les consultations inférieur à 72H.

b. « Oxytocine ».

> *L'oxytocine est actuellement la méthode de référence pour le déclenchement du travail sur col favorable à 41+0 SA et au-delà (grade A). En cas de col défavorable (score de Bishop < 5), l'oxytocine permet également de déclencher le travail, mais n'est plus la molécule de première intention.*

Parmi les 596 dossiers étudiés, 90 patientes ont été déclenchées. Les dossiers sont jugés conformes si l'oxytocine a été utilisée plus ou moins associé à une amniotomie.

c. « Misoprostol ».

> *Le Misoprostol est contre indiqué en cas d'utérus cicatriciel (grade B).*

55 patientes étaient porteuses d'un utérus cicatriciel parmi les 596 dossiers étudiés.
Sont jugés comme conforment les dossiers pour lesquels le misoprostol n'a pas été utilisé en cas de déclenchement médical.

Indicateurs de conformité régionaux

Tableau 1. Tableau régional des indicateurs de conformité.

INDICATEURS	Nb dossiers conformes	Nb dossiers*	% conformité
SURVEILLANCE CLINIQUE			
Début de la surveillance	574	596	**96,3**
Surveillance toutes les 72H	592	596	**99,3**
Réalisation ERCF	590	596	**99,0**
Analyse ERCF	557	596	**93,5**
Echographie toutes les 72H	396	596	**66,4**
Recherche oligoamnios	428	596	**71,8**
Recherche oligoamnios par mesure de la GC	354	596	**59,4**
Mesure de la GC toutes les 72H	279	596	**46,8**
INFORMATIONS DES PATIENTES A AU MOINS UNE CONSULTATION			
Information du déclenchement	88	596	**14,8**
Information du DPIO	27	596	**4,5**
PRISE EN CHARGE DES PATIENTES			
Prise en charge oligoamnios	24	26	**92,3**
Oxytocine	90	90	**100,0**
Misoprostol	55	55	**100,0**

* Nombre de dossiers ayant bénéficié d'une surveillance complète dans le cadre d'une grossesse prolongée.

→ **Pistes de travail au vu des résultats :**

- Améliorer la surveillance échographique (recherche ciblée d'oligoamnios par mesure de la GC deux ou trois fois par semaine) lorsque l'expectative est possible et choisie
- Améliorer l'information patiente et sa traçabilité

Analyse descriptive régionale

1. Activité des maternités.

Tableau 3. Descriptif de l'activité et des inclusions sur la période de l'étude.

Nom de la maternité	Nombre de jours de participation	Nombre accouchements (≥ 22 SA nés vivants et morts nés)	Nombre de dossiers inclus
CH ANCENIS	44	75	20
CH CHALLANS	44	82	20
CH CHATEAU GONTIER	87	199	20
CH COTE DE LUMIERE	55	86	20
CH FONTENAY	90	187	20
CH MAYENNE	100	193	21
CL BRETECHE	73	305	31
CL ST CHARLES	66	109	20
POLYCLINIQUE DU PARC	91	131	20
PSSL	67	96	23
CH CHATEAUBRIANT	90	120	20
CH LAVAL	53	172	32
CH SAUMUR	69	196	32
CL DE L'ANJOU	37	176	32
CL JULES VERNE	22	187	43
SANTE ATLANTIQUE	22	246	40
CH CHOLET	46	260	32
CH LA ROCHE SUR YON	24	152	31
CH ST NAZAIRE	27	170	30
CL TERTRE ROUGE	51	211	32
CH LE MANS	20	88	41
CHU ANGERS	57	322	42
CHU NANTES	22	231	40
Total	-	3 994	662

Au cours de la période de l'étude, il y a eu 3 994 accouchements dans les maternités des Pays de Loire : 3 240 voies basses (81,1 %) (spontanée ou instrumentale) et 754 césariennes (18,9 %).

Au total, il y a eu 704 maturations cervicales et /ou déclenchements au sein des 22 maternités des Pays de Loire (information manquante pour le CH de Cholet) soit 18,9 % des accouchements.

2. Organisation du suivi des patientes.

L'âge gestationnel (AG), lors des consultations, est déterminé dans 13 établissements (56, 5 %) par l'utilisation des roulettes, dans 8 établissements (34,8 %) par un dossier obstétrical informatisé et dans 2 établissements (8,7 %) par l'utilisation conjointe des deux.

Les consultations se déroulent :

- Aux urgences gynécologiques et obstétriques pour 10 établissements (43,5 %) ;
- En salle de naissance pour 6 maternités (26,1 %) ;
- Dans un service de consultation en jours ouvrés et, aux urgences ou en salle de naissance, le Week end et les jours fériés pour 7 établissements (30,4 %).

Les professionnels de santé qui réalisent la consultation (hors échographie) sont majoritairement les sages-femmes en collaboration avec les gynécologues-obstétriciens (65,2 %) (n=15). Les sages-femmes ne réalisent les consultations seules que dans 8 maternités (34,8 %).

Les échographies sont majoritairement (73,9 %) réalisées par les gynécologues-obstétriciens séniors ou les internes en gynécologie-obstétrique.

A la fin de la consultation, la suite de la prise en charge de la patiente est définie par les gynécologues-obstétriciens séniors ou les internes en gynécologie-obstétrique dans 52,2 % des cas.
Dans les autres cas, la sage-femme décide seule de la prise en charge (en l'absence de pathologie ou d'indication de déclenchement) dans 39,1 % des cas ou conjointement avec le gynécologue-obstétricien dans 8,7 % des cas.

Il est à noter qu'aucune maternité n'a mis en place une feuille d'information spécifique sur la prise en charge des grossesses prolongées, à destination des patientes.
11 maternités sur 23 ont rédigé un protocole interne de prise en charge des grossesses prolongées
Un seul document, parmi les 11 partagés avec le réseau, formule la discussion systématique du déclenchement avec toutes les patientes dès la consultation de « terme » à 41 SA.
.

3. Caractéristiques des 662 patientes incluses.

L'âge moyen était de 29,4 ans (± 5,2 ans ; min : 14 ans ; max : 44 ans).
45,9 % des patientes étaient des nullipares (n=304).

La datation de la grossesse, dans 88,1 % des cas (n=583), était déterminée à partir d'une échographie réalisée entre 11+0 SA et 13+6 SA conformément aux recommandations du CNGOF.

Tableau 4. Autres méthodes de datation de la grossesse.

Datation effectuée par	Effectifs	Pourcentage
A partir d'une échographie réalisée après 13+6 SA	24	3,6
A partir de la date du transfert embryonnaire	8	1,2
A partir de la date des dernières règles	2	0,3
A partir de la ponction ovocytaire ou insémination	1	0,2
Absence de datation dans le cadre d'un déni de grossesse	1	0,2
Non renseigné	*43*	*6,5*

Au cours de la grossesse, une pathologie obstétricale ou échographique a été rencontrée pour 16,8 % des 662 patientes (n=111).

Tableau 5. Pathologies obstétricales ou échographiques rencontrées au cours de la grossesse.

Pathologies rencontrées pendant la grossesse	Effectifs	Pourcentage
Diabète gestationnel	70	63,1
Malformations fœtales dépistées en anténatal	18	16,2
Diminution des mouvements actifs fœtaux avant 41+0 SA	8	7,2
Patiente hospitalisée pour menace d'accouchement prématuré	4	3,6
RCIU / PAG lors du suivi échographique	3	2,7
Anomalie de la quantité de liquide lors du suivi échographique	2	1,8
Anomalie de la placentation lors du suivi échographique	2	1,8
TA limite ou protéinurie isolée	2	1,8
Macrosomie lors du suivi échographique	2	1,8

4. Déroulement du suivi obstétrical.

Les résultats qui suivent portent sur les 596 patientes qui ont une bénéficié d'une surveillance complète dans le cadre d'une grossesse prolongée.

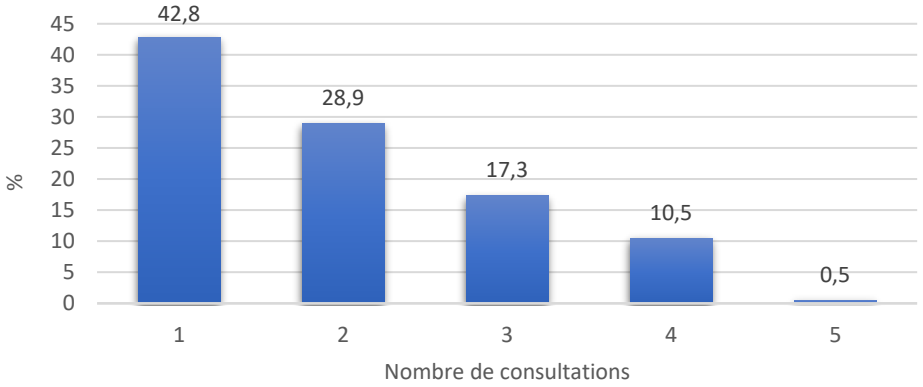
La première consultation de terme a eu lieu à 41+0 SA pour 569 patientes sur 596 (95,5 %).
Pour 27 patientes, la consultation de terme n'a pas eu lieu à 41+0 SA (4,1 %) ; le motif n'est pas notifié dans le dossier pour 11 d'entre elles. Pour celles où cela a été notifié, nous retrouvons :

Tableau 6. Motif justifiant un début de surveillance médicale avant ou après 41+0 SA.

Motifs	Effectifs	Pourcentage
Consultation en urgence à un terme proche de 41+0 SA	9	1,5
Date du terme sur un Week end ou un jour férié	5	0,8
Patiente non venue à la consultation de terme	2	0,3

Une seule consultation de suivi a été réalisée pour 255 patientes (42,8 %) tandis que 341 (57,2 %) en ont eu plus de deux.

Figure 1. Nombre de consultations lors du suivi pour grossesses prolongées.



Au cours des consultations, **<u>les éléments cliniques</u>** suivants ont été recueillis :

- La tension artérielle (n=1 121) dans 95,3 % des consultations ;
- La fréquence cardiaque (n=841) dans 71,5 % des consultations ;
- La bandelette urinaire (n=784) dans 66, 7% des consultations ;
- La hauteur utérine (n=743) dans 63,2 % des consultations ;
- La température (n=509) dans 43,3 % des consultations ;
- Le poids (n=287) dans 24,4 % des consultations.

<u>Un enregistrement du rythme cardiaque fœtal</u> a été réalisé dans le dossier dans 99,4 % des consultations (n=1 169) mais la variation à court terme (VCT) n'a été mesurée que dans 19,1 % des consultations (n=225).

42 anomalies du rythme cardiaque fœtal étaient objectivées pour 40 patientes.

Tableau 7. Anomalies du rythme cardiaque constatés lors du suivi.

Anomalies du rythme cardiaque fœtal	Effectifs	Pourcentage
Ralentissements ou bradycardie	32	5,4
Tachycardie	5	0,8
Anomalie de la variabilité	5	0,8

<u>Une échographie</u> a été réalisée dans 754 consultations sur les 1 176 consultations de suivi (64,0 %).

Les échographies sont essentiellement réalisées à la première consultation de terme (525/596 ; 88,1 %) versus 39,5 % aux consultations de suivi (229/580).

Au cours des 754 échographies réalisées, les mesures effectuées ont été :

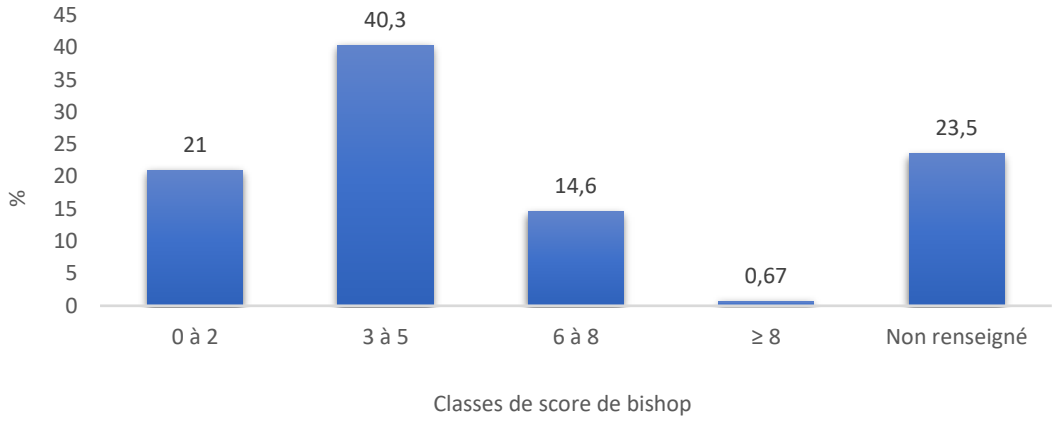
- La mesure de la quantité de liquide (n=707 ; 93,8 %) ;
- Les biométries fœtales (n=308 ; 40,8 %) ;
- La mesure du doppler ombilical (n=274 ; 36,3%) ;
- La réalisation d'un score de Manning (n=72 ; 9,5 %).
- La mesure du doppler cérébral (n=9 ; 1,2 %) ;

Les biométries fœtales objectivaient une macrosomie fœtale chez 44 patientes (7,4 %) et un petit poids pour l'âge gestationnel (PAG) ou un retard de croissance intra-utérin (RCIU) chez 6 patientes (1,0 %). La mesure de quantité de liquide objectivait un oligoamnios chez 34 patientes (5,7 %), d'un excès de liquide chez 55 patientes (9,2%) et d'un hydramnios chez 28 patientes (4,7%).

Un toucher vaginal a été réalisé lors de la première consultation pour 576 patientes (96,6 %) et ensuite, dans 86 % (n=499) des consultations de suivi (n=580).

Le score de bishop était noté dans le dossier de 432 patientes soit 72,5%. A la première consultation de terme, celui-ci était inférieur à 6 pour 61,2 % des patientes.

Figure 2. Score de Bishop à la première consultation de terme.



Un décollement des membranes a été réalisé chez 234 patientes (39,3 %).
L'information sur les avantages et les désagréments du décollement des membranes a été tracée dans seulement 21 dossiers (9,0 %) et le consentement de la patiente dans 22 dossiers (9,4 %).
Sur l'ensemble des dossiers (n= 596), 86 **pathologies obstétricales** ont été rapportées mais aucune mort fœtale in utéro n'a été constatée.

Tableau 8. Pathologies obstétricales lors du suivi pour grossesse prolongée.

Pathologies	Effectifs	Pourcentage
Rupture des membranes	17	2,9
Métrorragies	1	0,2
HTA ± protéinurie	31	5,2
Cholestase	1	0,2
Thrombopénie isolée	2	0,3
Diminution des MAF	34	5,7

Concernant les 34 patientes ayant signalé une diminution des mouvements actifs fœtaux (MAF) au cours de leur suivi, un test de Kleihauer a été réalisé dans 11 cas (32,4 %). Ce dernier est revenu négatif dans 9 cas (81,8 %). Dans les 2 dossiers restants, le résultat n'a pas été retrouvé dans le dossier. Pour aucune patiente, il n'a été mentionné la remise d'une feuille de compte des MAF.
A la fin de la consultation, les motifs devant faire **consulter en urgence** ont été précisés à la patiente, au moins une fois au cours du suivi, et retranscrit dans 318 dossiers médicaux (53,4 %) : dans 93,1 % du temps sous la forme de « conseils d'usage donnés » et dans 6 % des cas détaillés.

299 patientes (50,2 %) ont consulté, au moins une fois, en urgence, en plus de leur suivi pour grossesses prolongées, pour les indications suivantes (parfois combinées) :

Tableau 9. Motifs des consultations aux urgences.

Pathologies	Effectifs	Pourcentage
Contractions utérines	231	74,5
Rupture des membranes	63	20,3
Métrorragies	9	2,9
Diminution des MAF	2	0,7
Vomissements	1	0,3
Suspicion maladie thrombo embolique veineuse	1	0,3
Signes fonctionnels d'HTA	1	0,3
Non renseigné	*2*	*0,7*
Total	*310*	*100,0*

A la fin de la première consultation de terme, la majorité des patientes sont retournées à leur domicile (87,8 %).
Pour les patientes qui ont été hospitalisé (15,4 %), les motifs d'hospitalisation sont les suivants :

Tableau 10. Motifs d'hospitalisation après la première consultation de terme.

Motifs d'hospitalisation	Effectifs	Pourcentage
Maturation, déclenchement pour pathologie obstétricale	35	38,0
Travail spontané	33	35,9
Surveillance sans déclenchement immédiat	18	19,6
Maturation, déclenchement pour grossesse prolongée	4	4,4
Césarienne en dehors du travail	2	2,1

Lors du suivi ultérieur, la majorité des patientes sont également retournées à leur domicile mais dans des proportions moins importantes (67,4 %).
Pour les patientes hospitalisés (32,1 %), les motifs d'hospitalisation sont répartis différemment :

Tableau 11. Motifs d'hospitalisation lors du suivi pour grossesse prolongée.

Motifs d'hospitalisation	Effectifs	Pourcentage
Maturation, déclenchement pour grossesse prolongée	109	58,6
Maturation, déclenchement pour pathologie obstétricale	41	22,0
Surveillance sans déclenchement immédiat	18	9,7
Travail spontané	9	4,8
Césarienne en dehors du travail	9	4,8

5. Modalités d'accouchement des 662 patientes incluses

Les accouchements ont eu lieu entre 41+0 SA et 42+2 SA avec un terme moyen à 41+3 SA.

a. Travail spontané.

378 patientes (57,1 %) se sont mises en travail spontanément.

b. Induction du travail.

Le travail a été induit (déclenchement et/ou maturation) chez 260 patientes (39,3 %).

Tableau 12. Motifs d'induction du travail.

Motifs de maturation et/ou déclenchement	Effectifs	Pourcentage
Grossesse prolongée sans pathologie identifiée	138	53,1
Oligoamnios	26	10,0
Rupture prématurée des membranes avant travail	24	9,2
ARCF	19	7,3
Diminution des MAF	18	6,9
HTA et / ou protéinurie	17	6,5
Diabète avec ou sans macrosomie fœtale	8	3,1
Souhait maternel	4	1,5
Pathologie obstétricale*	3	1,2
Métrorragies	2	0,8
Non renseigné	1	0,4

* : thrombopénie, cholestase gravidique

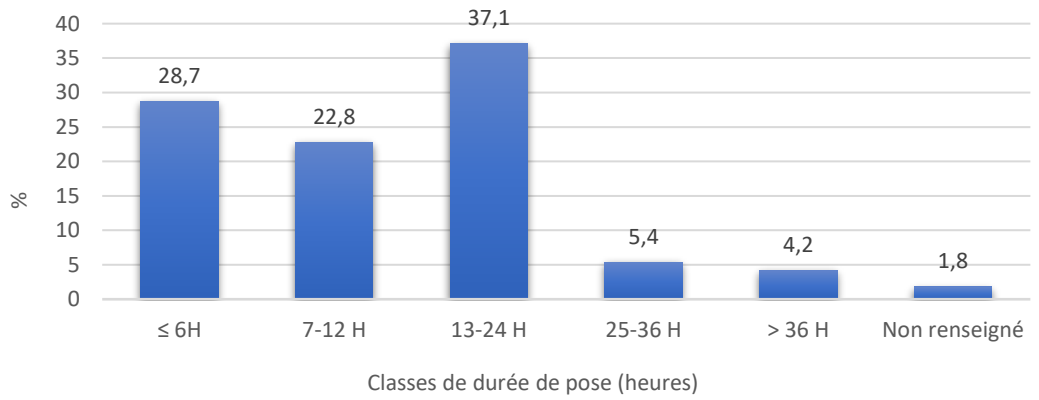
167 patientes ont bénéficié d'une **maturation cervicale** avec un terme moyen de 41+3 SA [min : 40+6 SA ; max : 42+0 SA].

La technique de maturation la plus utilisée était la pose d'un Propess[R] (77,8 %), suivi par la pose d'un ballonnet (13,2 %) et de Prostine (7,2 %).

Dans 91 % des cas, une seule maturation a été nécessaire. Dans les autres cas, deux à trois maturations ont été nécessaires en utilisant soit le même mode de maturation soit en combinant plusieurs méthodes notamment en associant un ballonnet à la pose d'une prostaglandine.

La durée de pose du dispositif de maturation (défini par le délai entre sa pose et l'entrée en salle de travail) est dans 88,6 % des cas inférieur à 24 H.

Figure 3. Durée de pose en heure.



93 patientes (14,1 %) ont bénéficié d'un déclenchement médical. Il a eu lieu par l'utilisation d'oxytocine plus ou moins combinée à une amniotomie dans 74 cas (79,6 %). Dans 19 cas (20,4 %), il a eu lieu par amniotomie seule.

c. Travail et accouchement.

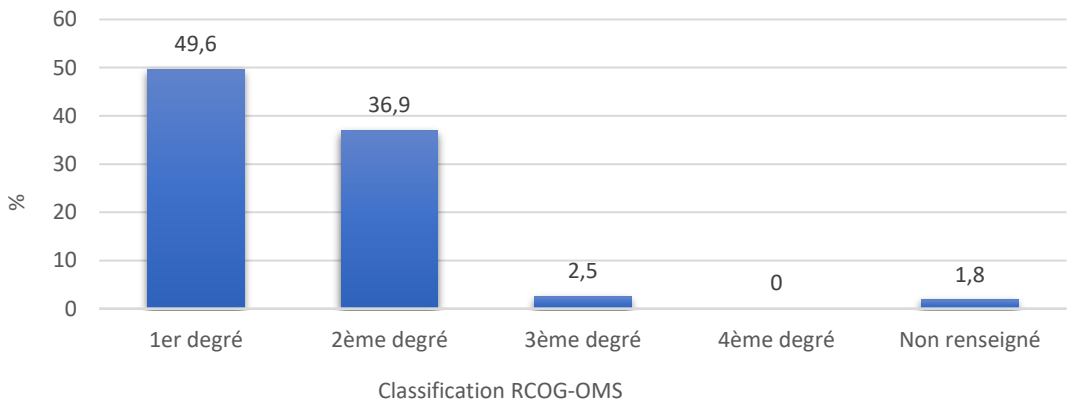
654 fœtus étaient en présentation céphalique (98,8 %) et 8 en présentation du siège.
579 patientes ont bénéficié d'une analgésie locorégionale (87,5 %).

Au cours du travail, 33 patientes ont présenté une hyperthermie (> 38°C) soit 5 % des patientes. La couleur du liquide amniotique reste majoritairement claire à la rupture et à l'expulsion même si la proportion de liquide méconial augmente à l'issue du travail (3,2 % à la rupture et 7,9 % à l'expulsion).

532 patientes ont accouché par voie basse (80,4 %) avec

- 94 (17,7 %) recours à une extraction instrumentale soit pour altération du rythme cardiaque fœtal (n=46) soit pour non progression du mobile fœtal (n=48).
- 18 (3,4 %) dystocies des épaules ayant dans 88,9 % été corrigée par une manœuvre de Mac Roberts. Aucun enfant n'a présenté une paralysie du plexus brachial mais 3 ont eu une suspicion de fracture de la clavicule.
- Une épisiotomie pour 80 patientes (15 %).
- Une déchirure périnéale chez 363 patientes.

Figure 4. Déchirures périnéales obstétricales.



130 patientes (19,6 %) ont accouché par césarienne : 34 (26,2 %) avant travail et 95 (73,1 %) en cours de travail.

Tableau 13. Indications des césariennes.

Indications	Effectifs	Pourcentage
Césarienne avant travail		
Programmée (sans détails des indications)	16	12,3
Conditions locales défavorables et/ou déclenchement contre indiqué	3	2,3
Pathologie ou souhait maternelle	3	2,3
Echec de maturation et déclenchement	12	9,2
Césarienne en cours de travail		
Siège en cours de travail	3	2,3
Altération du rythme cardiaque fœtal en cours de travail	50	38,5
Stagnation de la dilatation cervicale ou de la progression du mobile fœtal	38	29,2
Pathologie obstétricale* en cours de travail	4	3,1
Non renseigné	*1*	*0,8*

* 3 suspicions de rupture utérine et une procidence du cordon

Parmi les 8 patientes dont le fœtus était en présentation du **siège** (1,2 %), une a accouché par voie basse, quatre ont eu une césarienne programmée et trois une césarienne en cours de travail.

Parmi les 44 patientes chez qui il était suspecté une **macrosomie fœtale** lors de l'échographie de terme, deux ont bénéficié d'un déclenchement (dont un dans le cadre d'un diabète gestationnel). Au total, seuls 21 nouveau-nés (47,7%) pesaient effectivement plus de 4 000 g à la naissance.

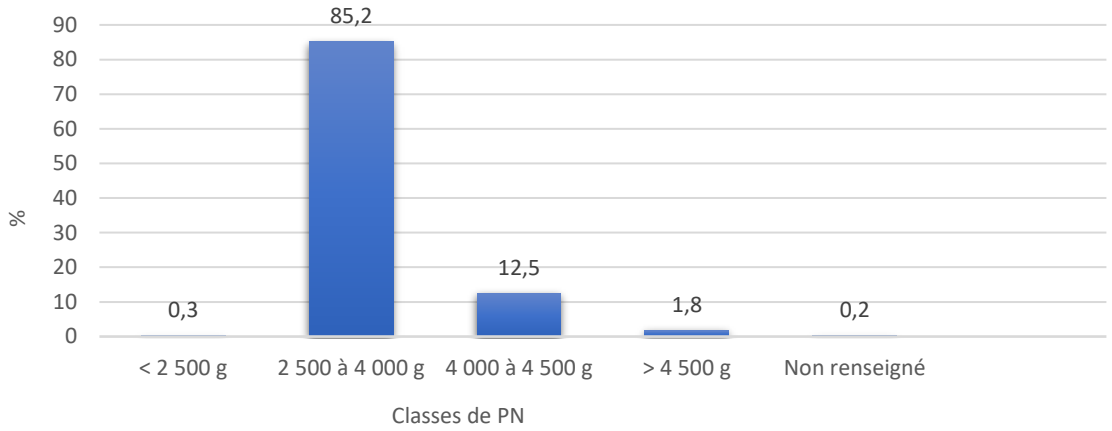
Concernant les 6 **PAG ou RCIU dépistés**, un seul a été déclenché pour ce motif. A la naissance, tous les nouveau-nés pesaient plus de 2 500 g.

Une hémorragie de la délivrance a été prise en charge chez 65 patientes (9,8 %) qualifiée comme sévère (> 1 000 ml) pour 19 femmes (29,2 %).

6. Descriptions des nouveau-nés.

Le poids moyen des enfants étaient de 3 587,7 g (± 412,6 g) avec un poids minimum de 2 365g et un maximum de 4 790g.

Figure 5. Répartitions du poids des nouveau-nés.



Les nouveau-nés présentaient une bonne adaptation à la vie extra-utérine puisque 88,8 % des enfants avaient un score d'Apgar supérieur à 8 à 1 minute et 98 % à 5 minutes.

Tableau 14. Score d'Apgar à 5 minutes.

Score d'Apgar à 5 minutes	Effectifs	Pourcentage
0 à 3	3	0,5
4 à 7	10	1,5
8 à 10	649	98,0

Seulement 8 enfants avaient un pH à la naissance inférieur à 6 (1,2 %). Par contre 183 avaient des lactates supérieurs ou égaux à 9 (27,6 %).

43 enfants (6,5 %) ont eu besoin d'une prise en charge spécifique en salle de naissance dont 37 pour une ventilation non invasive (simple au masque) (86,1 %).

16 nouveau-nés ont été transférés hors service de suites de couche (2,4 %) : 7 cas de détresse respiratoire, 2 cas d'anoxo-ischémie, 1 retard de croissance intra-utérin, 1 inhalation méconiale, 1 enfant porteur d'une malformation cardiaque, 1 enfant présentant une déformation du crâne suite à une extraction par ventouse, 1 sur antécédent d'infection materno-fœtale sévère à E. Coli,2 non renseignés.

ANNEXE : tableaux de comparaison des indicateurs de conformité des 23 maternités

SURVEILLANCE CLINIQUE									
		Début de la surveillance		Surveillance toutes les 72h		Réalisation ERCF		Analyse ERCF	
Maternité	Nb dossiers *	Nb dossiers conformes	Conformité (%)	Nb dossiers conformes	Conformité (%)	Nb dossiers conformes	Conformité (%)	Nb dossiers conformes	Conformité (%)
A	17	17	100,0	16	94,1	17	100,0	16	94,1
B	18	18	100,0	17	94,4	18	100,0	18	100,0
C	19	19	100,0	19	100,0	19	100,0	19	100,0
D	19	19	100,0	19	100,0	18	94,7	17	89,5
E	32	32	100,0	32	100,0	32	100,0	32	100,0
F	15	15	100,0	15	100,0	15	100,0	15	100,0
G	30	30	100,0	30	100,0	30	100,0	27	90,0
H	31	29	93,5	31	100,0	31	100,0	14	45,2
I	37	37	100,0	37	100,0	37	100,0	37	100,0
J	17	17	100,0	17	100,0	16	94,1	15	88,2
K	18	18	100,0	18	100,0	18	100,0	18	100,0
L	23	21	91,3	23	100,0	22	95,7	22	95,7
M	27	26	96,3	26	96,3	27	100,0	27	100,0
N	26	25	96,2	26	100,0	26	100,0	23	88,5
O	42	42	100,0	42	100,0	42	100,0	42	100,0
P	34	33	97,1	34	100,0	34	100,0	33	97,1
Q	28	28	100,0	28	100,0	27	96,4	26	92,9
R	28	25	89,3	28	100,0	27	96,4	27	96,4
S	35	28	80,0	35	100,0	35	100,0	35	100,0
T	18	18	100,0	18	100,0	18	100,0	16	88,9
U	15	15	100,0	15	100,0	15	100,0	14	93,3
V	31	27	87,1	30	96,8	31	100,0	30	96,8
W	36	35	97,2	36	100,0	35	97,2	34	94,4
REGIONAL	**596**	**574**	**96,3**	**592**	**99,3**	**590**	**99,0**	**557**	**93,5**

* Nombre de dossiers ayant bénéficié d'une surveillance complète dans le cadre d'une grossesse prolongée.

SURVEILLANCE CLINIQUE									
		Echographie toutes les 72h		Recherche oligoamnios		Recherche oligoamnios par mesure de la GC			
								Toutes les 72h	
Maternité	**Nb dossiers***	**Nb dossiers conformes**	**Conformité (%)**	**Nb dossiers conformes**	**Conformité (%)**	**Nb dossiers conformes**	**Conformité (%)**	**Nb dossiers conformes**	**Conformité (%)**
A	17	7	41,2	9	52,9	7	41,2	4	23,5
B	18	13	72,2	13	72,2	10	55,6	7	38,9
C	19	12	63,2	12	63,2	10	52,6	7	36,8
D	19	12	63,2	13	68,4	7	36,8	4	21,1
E	32	30	93,8	29	90,6	30	93,8	28	87,5
F	15	9	60,0	9	60,0	14	93,3	9	60,0
G	30	21	70,0	25	83,3	24	80,0	19	63,3
H	31	22	71,0	29	93,5	23	74,2	22	71,0
I	37	29	78,4	33	89,2	34	91,9	33	89,2
J	17	16	94,1	17	100,0	15	88,2	13	76,5
K	18	15	83,3	16	88,9	15	83,3	10	55,6
L	23	17	73,9	20	87,0	15	65,2	15	65,2
M	27	19	70,4	22	81,5	20	74,1	16	59,3
N	26	19	73,1	23	88,5	20	76,9	20	76,9
O	42	21	50,0	20	47,6	37	88,1	18	42,9
P	34	27	79,4	34	100,0	25	73,5	22	64,7
Q	28	6	21,4	2	7,1	0	0,0	0	0,0
R	28	15	53,6	13	46,4	5	17,9	3	10,7
S	35	18	51,4	16	45,7	9	25,7	3	8,6
T	18	11	61,1	7	38,9	0	0,0	0	0,0
U	15	11	73,3	14	93,3	11	73,3	8	53,3
V	31	19	61,3	21	67,7	6	19,4	5	16,1
W	36	27	75,0	31	86,1	17	47,2	13	36,1
REGIONAL	**596**	**396**	**66,4**	**428**	**596**	**354**	**59,4**	**279**	**46,8**

Nombre de dossiers ayant bénéficié d'une surveillance complète dans le cadre d'une grossesse prolongée.

INFORMATION DES PATIENTES A AU MOINS UNE CONSULTATION					
		Information du déclenchement qui doit être proposé		Information du décollement des membranes	
Maternité	**Nb dossiers***	**Nb dossiers conformes**	**Conformité (%)**	**Nb dossiers conformes**	**Conformité (%)**
A	17	3	17,6	1	5,9
B	18	0	0,0	1	5,6
C	19	2	10,5	1	5,3
D	19	1	5,3	1	5,3
E	32	9	28,1	6	18,8
F	15	1	6,7	0	0,0
G	30	2	6,7	0	0,0
H	31	13	41,9	0	0,0
I	37	2	5,4	1	2,7
J	17	4	23,5	2	11,8
K	18	8	44,4	0	0,0
L	23	9	39,1	0	0,0
M	27	2	7,4	0	0,0
N	26	1	3,8	1	3,8
O	42	4	9,5	4	9,5
P	34	11	32,4	6	17,6
Q	28	3	10,7	0	0,0
R	28	1	3,6	0	0,0
S	35	3	8,6	1	2,9
T	18	4	22,2	1	5,6
U	15	1	6,7	0	0,0
V	31	1	3,2	1	3,2
W	36	3	8,3	0	0,0
REGIONAL	**596**	**88**	**14,8**	**27**	**4,5**

* Nombre de dossiers ayant bénéficié d'une surveillance complète dans le cadre d'une grossesse prolongée.

PRISE EN CHARGE DES PATIENTES									
Maternité	**Prise en charge oligoamnios**			**Oxytocine**			**Misoprostol**		
	Nb dossiers	**Nb dossiers conformes**	**Conformité (%)**	**Nb dossiers**	**Nb dossiers conformes**	**Conformité (%)**	**Nb dossiers**	**Nb dossiers conformes**	**Conformité (%)**
A	1	1	100	1	1	100	0	0	-
B	0	0	-	3	3	100	1	1	100
C	2	2	100	4	4	100	3	3	100
D	1	1	100	4	4	100	5	5	100
E	1	1	100	4	4	100	5	5	100
F	1	1	100	3	3	100	2	2	100
G	0	0	-	4	4	100	0	0	-
H	1	1	100	7	7	100	4	4	100
I	0	0	-	4	4	100	2	2	100
J	1	1	100	2	2	100	0	0	-
K	1	1	100	3	3	100	1	1	100
L	3	3	100	3	3	100	2	2	100
M	2	2	100	2	2	100	2	2	100
N	1	1	100	2	2	100	1	1	100
O	1	1	100	9	9	100	5	5	100
P	1	1	100	3	3	100	2	2	100
Q	0	0	-	4	4	100	3	3	100
R	0	0	-	5	5	100	3	3	100
S	3	3	100	2	2	100	1	1	100
T	1	1	100	4	4	100	0	0	-
U	1	0	0	3	3	100	1	1	100
V	2	1	50	5	5	100	8	8	100
W	2	2	100	9	9	100	4	4	100
REGIONAL	**26**	**24**	**92,3**	**90**	**90**	**100**	**55**	**55**	**100**