

INTRODUCTION

La césarienne médicalement justifiée peut réduire efficacement la mortalité et la morbidité materno-foetale. Comme toute intervention chirurgicale, elle est associée à des risques à court et long terme pouvant affecter la santé de la mère et de l'enfant. La césarienne peut être prévue et programmée à terme ou être réalisée en urgence avant le travail ou au cours du travail. Il n'existe pas de définition consensuelle de la césarienne programmée. Un des critères usuels pour définir la programmation en chirurgie est un délai >48h entre la décision et l'intervention. En obstétrique, ce délai n'est pas forcément transposable car la décision du mode d'accouchement (césarienne ou voie basse) est réévaluée tout au long de la grossesse.

En région Centre-Val de Loire (CVL), le taux de césarienne estimé par le registre des naissances s'élevait à 18,2% en 2015 (France Métropolitaine FM 20,1%) et celui de la césarienne programmée à 6,9%⁽¹⁾.

En 2012, la Haute Autorité de Santé (HAS) définit comme césarienne programmée à terme toute intervention planifiée ≥ 37 SA non liée à une situation d'urgence, et détaille les niveaux de preuve des recommandations selon les indications opératoires⁽²⁾.

Afin de limiter la morbi-mortalité que pourrait induire un recours excessif à la césarienne, en particulier lorsque ce geste est évitable, le contrôle du taux de césarienne programmée est une préoccupation majeure. Pour ce, la classification de Robson⁽³⁾ est maintenant proposée comme outil de référence par l'OMS pour l'évaluation, la surveillance et la comparaison des taux de césarienne entre maternités. Elle permet de classer les grossesses en bas et haut risque de césarienne, à partir d'éléments objectifs recueillis en routine : parité, présentation, terme, présence d'une cicatrice utérine. Elle ne prend pas en compte l'ensemble des indications de césariennes, notamment toutes les complications urgentes, plus complexes à intégrer (biais).

En 2013, un programme d'optimisation de la pertinence du parcours des femmes enceintes pouvant nécessiter une césarienne programmée à terme⁽⁴⁾ a été initié par la HAS puis relayé en région comme un des objectifs des programmes de gestion du risque, cogérés par les ARS et l'Assurance Maladie. En 2016, l'Instance Régionale de l'Amélioration de la Pertinence des Soins (IRAPS) de l'ARS CVL a mandaté le réseau Périnatal pour mener une analyse des pratiques et indications de césarienne programmée en CVL. Une comparaison avec les données de la littérature permettra aux équipes obstétricales d'évaluer leurs pratiques et ainsi d'améliorer la qualité des soins obstétricaux en CVL.

OBJECTIFS ET METHODE

OBJECTIFS

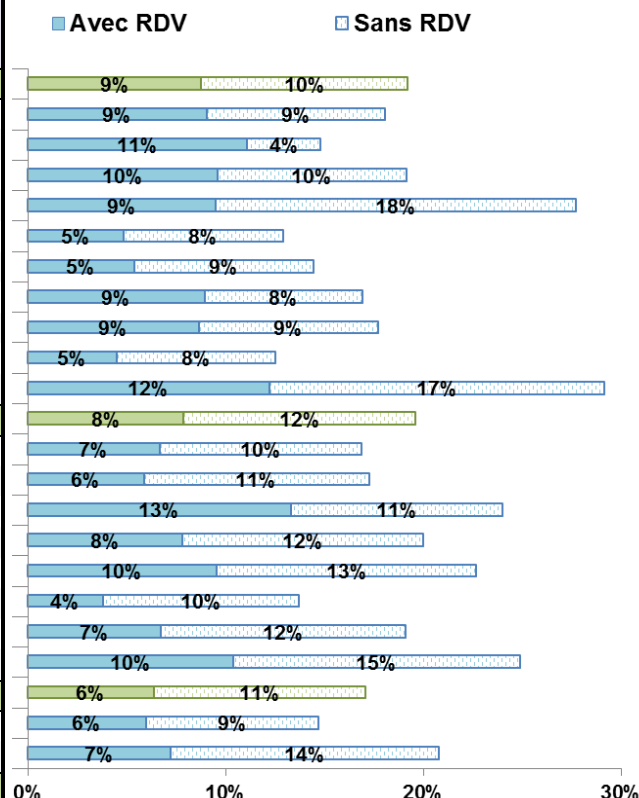
- Décrire les caractéristiques des césariennes avec ou sans rendez-vous de programmation planifiée.
→ **élaboration d'une définition consensuelle de césarienne en « urgence » vs « programmée », au vu des indications et non du délai entre décision et réalisation de la césarienne.**
- Estimer le taux régional de césarienne et la part de césariennes programmées avec cette définition.
- Déterminer la part contributive de chacun des groupes de la classification de Robson⁽²⁾

METHODE

- Etude de cohorte non interventionnelle prospective : toute parturiente majeure non opposée à l'étude ayant accouché par césarienne ≥ 22 SA (naissance vivante ou mort-né) dans une des 20 maternités CVL entre le 15 septembre 2016 et le 15 février 2017.
- 2 000 césariennes nécessaires pour avoir une précision du taux de césarienne programmée de 0,5% : estimation 7% (*taux de césarienne programmée 2015 en CVL*), IC 95% : 6,5 à 7,5%.
- 2 formulaires : l'un concernant les césariennes avec rendez-vous de programmation, l'autre celles sans RDV
- Remplissage du formulaire choisi par le professionnel en suites immédiates de césarienne, après recueil du consentement de la patiente.

Tableau I et Figure 1 : Taux de césarienne par maternité
Période 15/09/2016-15/02/2017

	TOTAL accouchements	TOTAL césariennes*	Taux de césarienne
Type I	1 915	358	18,7%
CH Vierzon	177	32	18,1%
CH St Amand	135	20	14,8%
Cl G. Varye	167	32	19,2%
CH Chateaudun	137	38	27,7%
CH Le Blanc	124	16	12,9%
CH Chinonais	242	35	14,5%
CH Romorantin	201	34	16,9%
Polyclinique Blois	254	45	17,7%
Cl St Cœur	200	25	12,5%
CH Gien	278	81	29,1%
Type II	5 152	1 009	19,6%
CH Bourges	539	91	16,9%
CH Chartres	1 055	182	17,3%
CH Dreux	654	157	24,0%
CH Châteauroux	500	100	20,0%
PSLV	1 036	235	22,7%
CH Blois	577	79	13,7%
CH Montargis	550	105	19,1%
Orelia	241	60	24,9%
Type III	3 547	612	17,3%
CHR Orleans	2 065	304	14,7%
CHU Tours	1 482	308	20,8%
TOTAL	10 614	1 979	18,6%



*hors 18 oppositions et 6 mineures

En CVL, sur 10 614 accouchements de la période d'étude, 2 003 césariennes ont été enregistrées **soit un taux de 18,6%** après exclusion des refus*.

6 mineures ont été exclues et 18 femmes n'ont pas souhaité participer (refus < 1%) → 1 979 femmes incluses.

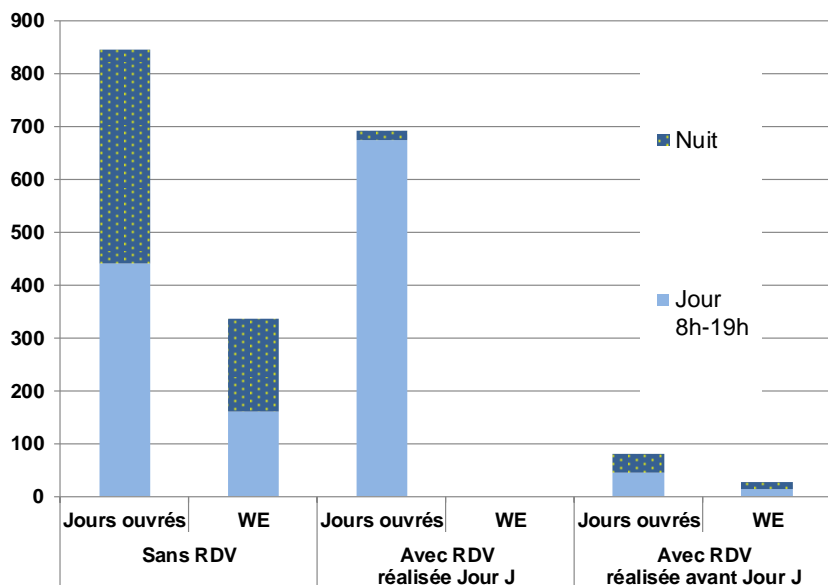
Ce taux variait selon les maternités (12,5 % à 29,1%) et leur type :

Sur la période, **7,5% des femmes ayant accouché avaient un RDV de césarienne programmée** (n=800). Ce taux variait selon les maternités (4,5 % à 13,3 %) et leur type :

- Type I : 19%
- Type II : 20%
- Type III : 17%

- Type I : 9%
- Type II : 8%
- Type III : 6%

Le taux de 18,6 % de césariennes sur la période en CVL se décomposait en : 7,5 % de césariennes avec RDV planifié et 11,1% de « césariennes en urgence »



Les césariennes **avec RDV et réalisées le jour J** étaient pratiquées sur les plages horaires de 8h-19h, deux tiers entre 8h-14h et jamais le week-end.

Les césariennes **avec RDV mais réalisées avant la date prévue** se répartissaient comme les césariennes sans RDV : près de la moitié de nuit et souvent le WE, évoquant un contexte d'urgence (Fig. 2).

Figure 2 : Répartition hebdomadaire et journalière selon prise de RDV pour césarienne

Tableau II : Caractéristiques materno-fœtales des césariennes selon la prise de RDV planifié

Caractéristiques maternelles et fœtales	Césariennes		
	TOTAL N=1 979 %	Avec RDV N=800 %	Sans RDV N=1 179 %
Maternelles			
Age ≥ 35 ans	25,6	30,9	22,0
Moyenne ± écart-type (années)		31,9 ± 5	30,1 ± 5
Grossesse induite	3,3	2,6	3,7
Primipare	44,5	24,0	58,4
Grossesse multiple	4,3	5,9	3,3
ATCD césarienne(s)			
Sans	63,0	40,3	78,5
1	24,2	33,0	18,2
2	8,9	17,9	2,9
3 ou +	3,9	8,9	0,5
Fœtales			
Terme (SA)			
<32	2,7	0,5	4,2
[32-36]	10,5	6,3	13,3
[37-41]	85,1	93,1	79,6
≥ 42	1,7	0,1	2,8
Présentation			
Céphalique	80,8	68,5	89,1
Siège	17,7	29,3	9,8
Transverse	1,5	2,3	1,0

*dont 2 grossesses triples

Les femmes avec RDV étaient :

- plus âgées (31% ≥35 ans, vs 22%)
- plus fréquemment multipares (76% vs 42%)
- avec 3 fois plus d'antécédents de césarienne (60% vs 21%), ces facteurs étant très liés : les primipares étaient significativement plus jeunes (28,9 vs 32,4 ans – p<0,001) et deux tiers des multipares avaient un antécédent de césarienne.

Une césarienne était planifiée pour 55% des multipares, vs 20% des primipares.

93% des césariennes avec RDV étaient programmées et réalisées à 37 SA ou plus.

Tel que le recommande la HAS, 63% des césariennes mono-fœtales étaient programmées à 39 SA ou plus. A noter que 17% étaient programmées à 38 SA + 4, 5 ou 6 jours.

Les césariennes sans RDV concernaient beaucoup plus souvent des termes <37 SA et ≥42 SA. Les termes dépassés correspondaient, pour la majorité, à des primipares arrivées pour accoucher par voie basse, déclenchées ou en travail spontané, présentant une absence d'engagement ou stagnation, associée 2 fois sur 3 à une altération du rythme cardio-fœtal (RCF).

Une présentation en siège était retrouvée chez 29% des patientes avec RDV, vs 10% sans RDV. Il ne s'agissait toutefois pas nécessairement de l'indication de césarienne.

Tableau III : Indications de césarienne selon prise de RDV

Indications de césarienne (non exclusives)	Césariennes								
	TOTAL N=1 979 n %		Avec RDV N=800 n %		Sans RDV N=1 179 n %				
Maternelles	Non urgentes	Utérus cicatriciel ¹	742	37,5	484	60,5	258	21,9	
		<i>Dont : unicityatriciel</i>		270	55,8	218	84,5		
		<i>bicityatriciel</i>		143	29,5	34	13,2		
	<i>tri et plus</i>		71	14,7	6	2,3			
	Urgentes	Pelvimétrie défavorable	198	10,0	168	21,0	30	2,5	
		Pb périnéaux	13	0,7	13	1,6	0	0,0	
Autres pathologies		69	3,5	39	4,9	30	2,5		
Prévention transmission		3	0,2	1	0,1	2	0,2		
Urgentes	HELLP syndrome	15	0,8	1	0,1	14	1,2		
	Pré-éclampsie / éclampsie	79	4,0	12	1,5	67	5,7		
Anomalies placentaire / cordon	Non urgentes	Anomalies placentaires ²	36	1,8	22	2,8	14	1,2	
		Autres anomalies	6	0,3	3	0,4	3	0,3	
	Urgentes	HRP	30	1,5	0	0,0	30	2,5	
		Hémorragies / métorrhagies	44	2,2	3	0,4	41	3,5	
	Procidence du cordon	15	0,8	0	0,0	15	1,3		
Fœtales	Non urgentes	Jumeaux et triplés	86	4,3	47	5,9	39	3,3	
		Présentations anormales ³ (n=380)	318	16,1	218	27,3	100	8,5	
		Macrosomie	116	5,9	80	10,0	36	3,1	
	Urgentes	RCIU	76	3,8	25	3,1	51	4,3	
		Autres malformations	8	0,4	6	0,8	2	0,2	
		Urg. obst. ⁴ avec déclenchement	358	18,1	-	-	358	30,4	
	Urg. obst. ⁴ sans déclenchement	500	25,3	-	-	500	42,4		

¹ dont 16 myomectomies - ² dont 35 placenta previa - ³ 350 sièges et 30 transverses au total pour 287 sièges et 30 transverses en tant qu'indications

⁴ Altération du RCF, stagnation, absence d'engagement à dilatation complète et échec de forceps

62% des césariennes avaient une seule indication et 31% deux.

Pour les césariennes avec RDV, les principales indications (hors convenance personnelle), étaient :

- 60% utérus cicatriciel : dont 56% en motif unique (102 uni-, 112 bi-cicatriciel)
- 27% présentations en siège (n = 200), en motif unique dans 56% des cas et particulièrement plus fréquentes dans 4 maternités de type I (> 20% de leurs césariennes avec RDV)
- 21% pelvimétrie défavorable (n = 168), dont 32 en motif unique et 8 associées à une macrosomie sans autre indication
- 10% macrosomie (n = 80) dont 13 en motif unique.

A noter que 6 césariennes ont été réalisées pour convenance personnelle sans autre indication : toutes à terme, 5 établissements.

Certaines indications étaient plus fréquemment combinées :

- utérus cicatriciel associé à :
 - pelvimétrie défavorable (n = 91)
 - présentation du siège (n = 36) ou transverse (n = 8)
 - convenance personnelle (n = 42).
- macrosomie associée à une pelvimétrie défavorable (n = 14).

Pour les césariennes sans RDV :

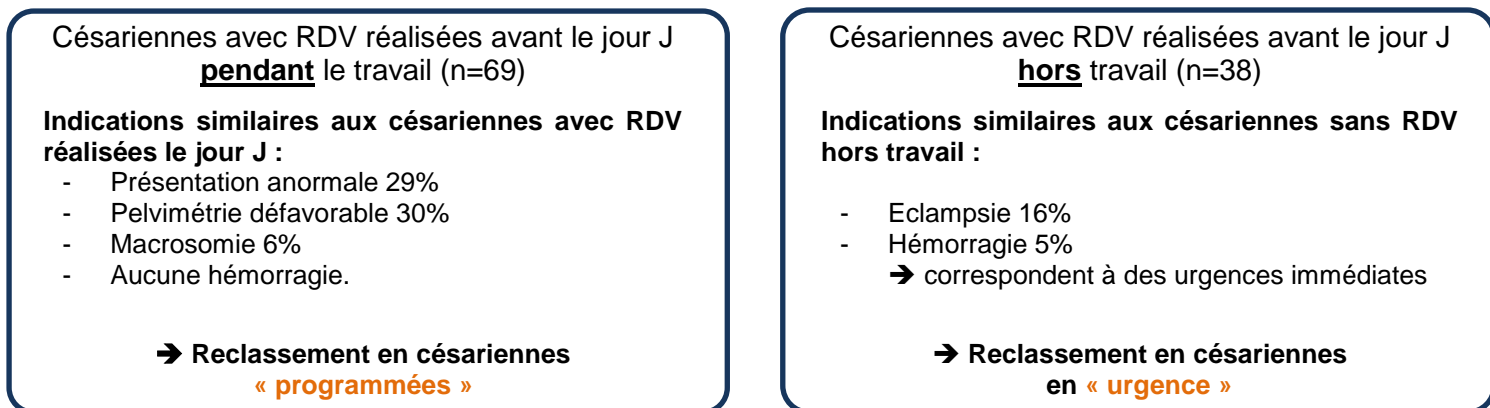
- 72,8% (n=858) survenaient dans un contexte d'altération du RCF, stagnation, absence d'engagement à dilatation complète, échec de forceps ; suite à un déclenchement dans 4 cas sur 10.
- 22% survenaient sur utérus cicatriciel, dont la majorité (85%) sur utérus unicityatriciel : marqueur d'une tentative de voie basse telle que préconisée par la HAS.
- 7% survenaient sur indication maternelle « urgente » (hllp syndrome, éclampsie) et 7% sur anomalie placentaire/funiculaire (ces dernières indications étaient retrouvées quasi-exclusivement chez les patientes sans RDV).

En fonction des évènements survenus pendant la grossesse et/ou de l'accouchement, 5 parcours distincts ont été établis (figure 3).

Trois parcours pouvaient être reclassés d'emblée en « césariennes programmées » ou « césariennes en urgence » :

- césariennes avec RDV réalisées à la date prévue (jour J) : 6,5 % des accouchements → « programmées »
- césariennes sans RDV hors travail : 3,4 % des accouchements → « urgence »
- césariennes sans RDV pendant le travail : 7,7 % des accouchements → « urgence »

Les césariennes avec RDV réalisées avant le jour J (1,0%) nécessitaient une analyse des caractéristiques maternelles et indications de chaque sous-groupe avant reclassement en 2 parcours selon que le travail ait débuté ou non.



ACCOUchemENTS N = 10 614

Exclusions : 18 oppositions, 6 mineures (0,3%)

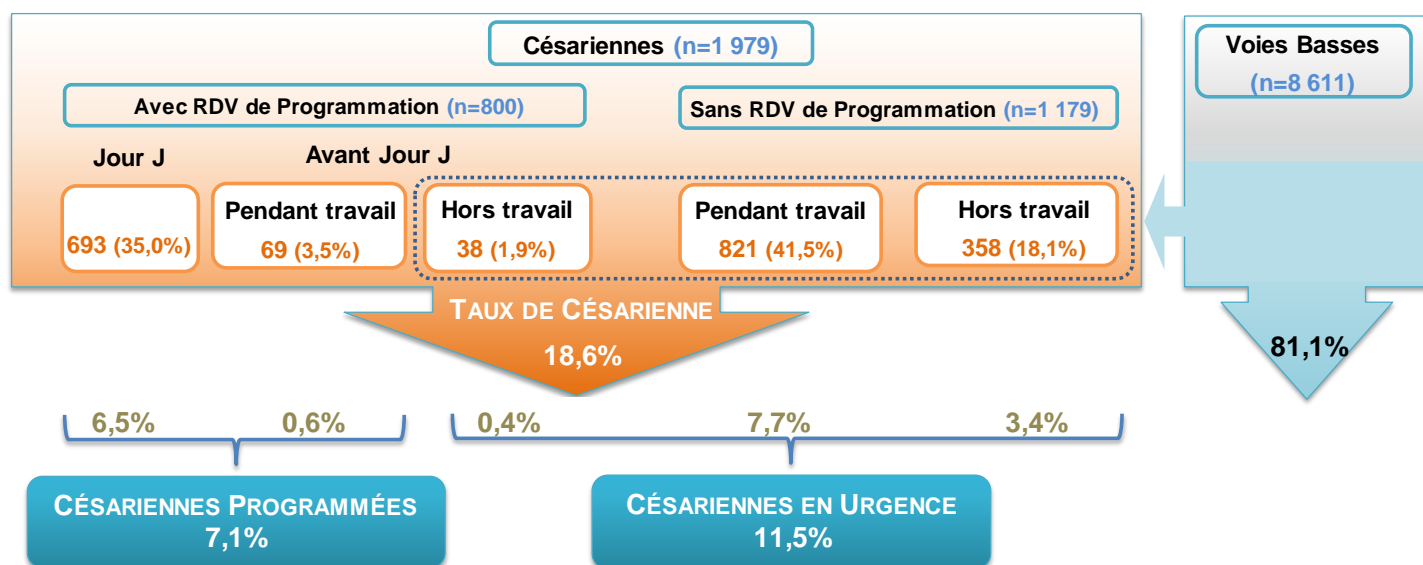


Figure 3 : Répartition des modes d'accouchement, région CVL, 15/09/2016-15/02/2017

**Après reclassement, le taux de 18,6% de césariennes se décomposait en :
7,1 % de césariennes « programmées » et 11,5% de césariennes en « urgence ».**

La répartition par établissement est peu modifiée après reclassement en césarienne programmée vs urgence.

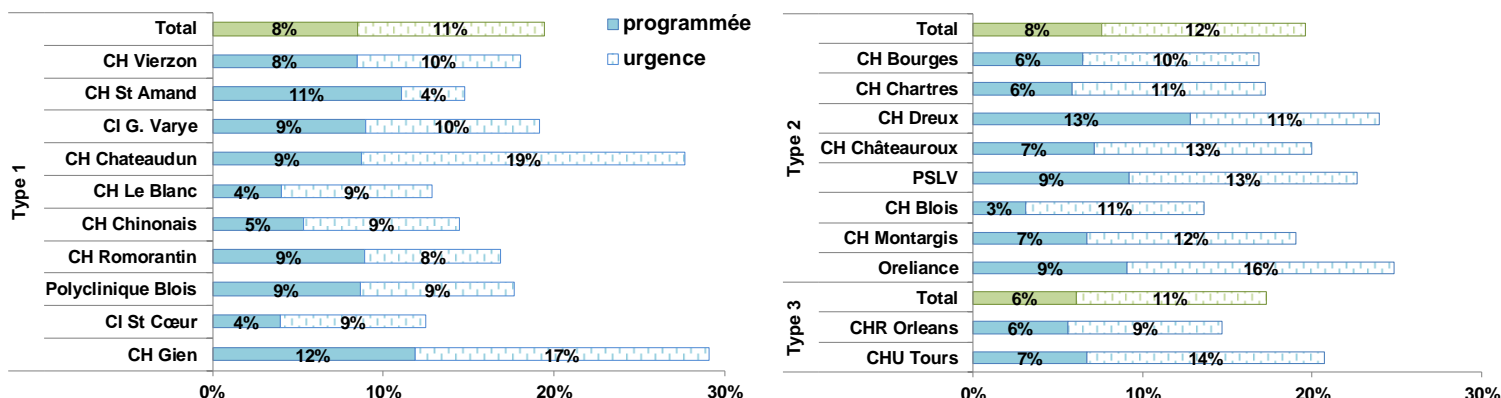














Figure 4 : Taux de césarienne programmée et en urgence, région CVL, 15/09/2016-15/02/2017

Enfin, les césariennes correctement reclassées ont été caractérisées selon les groupes de Robson (Tableau IV).

Tableau IV : Classification de Robson par nature de césarienne et type de maternité
Comparaison des données de l'enquête aux données françaises issues de l'enquête périnatale 2010⁽³⁾

Répartition des césariennes par groupe de Robson : % en colonne, qui n'est pas un taux de césarienne		Nature de la césarienne				Niveau de maternité								Enquête PERINAT 2010 ⁽³⁾						
		Programmée		En urgence		Total		Type I		Type II		Type III		Total		Type I	Type II	Type III		
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	%	%	%		
Bas risque		96	12,6	716	58,8	812	41,0	143	39,9	436	43,2	233	38,1	1 244	42,9	48,2	43,3	35,3		
Bas risque	Primipares, singleton céphalique à terme (≥37 SA)	 Groupe 1	Travail spontané	4	0,5	252	20,7	256	12,9	59	16,5	131	13,0	66	10,8	403	13,9	16,9	13,6	10,7
		 Groupe 2a	a. Travail déclenché	0	0,0	270	22,2	270	13,6	40	11,2	149	14,8	81	13,2	401	13,8	14,0	14,8	11,7
	Multipares, singleton céphalique à terme (≥37 SA)	 Groupe 2b	b. Avant travail	47	6,2	39	3,2	86	4,3	12	3,4	43	4,3	31	5,1	155	5,3	7,3	5,2	3,1
		 Groupe 3	Travail spontané (sans utérus cicatriciel)	3	0,4	74	6,1	77	3,9	12	3,4	46	4,6	19	3,1	93	3,2	3,2	3,0	3,6
		 Groupe 4a	a. Travail déclenché (sans utérus cicatriciel)	0	0,0	57	4,7	57	2,9	8	2,2	33	3,3	16	2,6	98	3,4	3,8	3,4	2,8
		 Groupe 4b	b. Avant travail (sans utérus cicatriciel)	42	5,5	24	2,0	66	3,3	12	3,4	34	3,4	20	3,3	94	3,2	3,1	3,2	3,5
Haut risque		666	87,4	501	41,2	1167	59,0	215	60,1	573	56,8	379	61,9	1 656	57,1	51,8	56,7	64,7		
Haut risque	Multipares, singleton céphalique à terme (≥37 SA)	 Groupe 5	Avec utérus cicatriciel	383	50,3	211	17,3	594	30,0	117	32,7	301	29,8	176	28,8	817	28,2	27,8	30,1	25,0
		 Groupe 6	Toutes	108	14,2	57	4,7	165	8,3	44	12,3	69	6,8	52	8,5	243	8,4	9,2	8,0	8,0
	Multipares, singleton siège	 Groupe 7	(utérus cicatriciels inclus)	92	12,1	53	4,4	145	7,3	23	6,4	72	7,1	50	8,2	177	6,1	6,4	6,0	6,0
		 Groupe 8	(utérus cicatriciels inclus)	46	6,0	40	3,3	86	4,3	11	3,1	39	3,9	36	5,9	116	4,0	2,4	3,6	6,9
	Singletons transverses	 Groupe 9	(utérus cicatriciels inclus)	16	2,1	10	0,8	26	1,3	7	2,0	15	1,5	4	0,7	61	2,1	2,1	2,1	2,2
	Singletons céphaliques prématurés (≤ 36 SA)	 Groupe 10	(utérus cicatriciels inclus)	21	2,8	130	10,7	151	7,6	13	3,6	77	7,6	61	10,0	242	8,3	4,0	7,0	16,6

* Le Ray C. et al. "Classification de Robson : un outil d'évaluation des pratiques de césarienne en France" 2015

Selon Robson (hors indications en urgence ou disproportion foeto-pelvienne), quel que soit le type de maternité, il y avait parmi les césariennes :

- **30% d'utérus cicatriciels** chez des multipares sur grossesse unique céphalique à terme (groupe 5), versus 28% en France en 2010 (NS) ; si programmation, 1 fois/2 l'utérus cicatriciel est la seule caractéristique de Robson.
- **27% de primipares à terme en travail** spontané (13%, groupe 1) ou déclenché (14%, groupe 2a), mais presque toujours en urgence : voie basse initiale, déclenchée plus d'1 fois/2 dans ce groupe, césarisée secondairement.
- **16% de grossesses uniques en siège** (groupes 6 et 7), vs 14,5% en France en 2010 (NS) ; une anomalie de présentation (siège/transverse) est présente dans 28% des césariennes programmées.
- **4 % de grossesses multiples** (groupe 8), comme en France 2010. En maternité de type III, les grossesses multiples (6 %) mais surtout les prématurés du groupe 10 (10 %) contribuaient plus au taux global de césarienne qu'en type I ou II.

Au vu de la classification, **la majorité des césariennes (59%) sont réalisées chez des femmes à haut risque de césarienne en CVL**, légèrement supérieur au national (NS)⁽³⁾ :

- 59% des césariennes en CVL sont à haut risque (groupes 5 à 10). Par rapport au national, leur proportion est significativement plus élevée en CVL dans les maternités de type I (60% vs 52%, p=0,008) et moindre dans les types III (62% vs 65%, NS). Les maternités de type I en CVL surconcentrent significativement les césariennes sur utérus cicatriciel chez les multipares (33%) et sur siège chez les primipares (12%), ces deux groupes représentant 45% des césariennes, vs 37% en France (p=0,009).
- 41% des césariennes en CVL sont à bas risque (groupes 1 à 4), parmi lesquelles seules 96 étaient programmées (5%). Les groupes 2b et 4b étaient majoritaires (césariennes avant travail et réalisées le jour J) :
 - 2b : 47 césariennes chez des primipares, dont 60% sont expliquées par une pelvimétrie défavorable isolée (n=18) ou macrosomie isolée (n=6) ou les deux (n=4) ; ou utérus cicatriciels suite à myomectomie en indication unique (n=3) (ni siège, ni jumeaux).
 - 4b : 42 césariennes chez des multipares, dont près de la moitié sont expliquées par pathologies maternelles (n=8), problèmes placentaires (n=7) ou périnéaux (n=4) ; et 1/3 par une pelvimétrie défavorable isolée (n=4) ou macrosomie isolée (n=7) ou les deux (n=3).

La césarienne programmée nouvellement définie (avec RDV réalisée soit à la date prévue, soit avant la date prévue mais pendant le travail) représentait 7,1 % des accouchements. Ce chiffre est légèrement supérieur aux estimations Registre et PMSI 2015 (6,9% et 6,4% respectivement). Le registre n'offre pas la possibilité de coder une césarienne programmée réalisée avant la date prévue. Les actes PMSI, à la logique tarifaire, sont insuffisants pour parfaitement classer les césariennes (JQGA002 « programmée » - JQGA003 « au cours du travail » - JQGA004 « en urgence en dehors du travail »).

La classification de Robson, surtout adaptée aux césariennes programmées, en permet une analyse plus fine.

2 caractéristiques sont considérées à **haut risque** : l'utérus cicatriciel et une présentation anormale. Dans notre étude, les césariennes programmées étaient 1 fois/2 sur utérus cicatriciel, et dans 26% des cas avec siège :

- La HAS⁽²⁾ rappelle que l'utérus unicatriciel n'est pas en lui-même une indication de césarienne programmée : « il est raisonnable de proposer une tentative de voie basse ». Dans notre étude limitée aux césariennes, près d'une césarienne sur utérus unicatriciel sur deux a été réalisée dans un contexte d'urgence, après une tentative de voie basse. La limite de cette étude est de ne pas connaître le nombre de succès de voies basses dans cette indication.
- La HAS rappelle que « la présentation par le siège n'est pas en elle-même une indication de césarienne programmée », en l'absence de disproportion foeto-pelvienne. En cas de siège, le taux de césarienne mesuré annuellement via le registre et le PMSI est d'environ 75% en CVL⁽¹⁾.

Les présentations céphaliques à terme sur grossesse unique sans utérus cicatriciel sont considérées à **bas risque** de césarienne, et chez la primipare cela peut compromettre le pronostic obstétrical ultérieur. Les césariennes programmées chez des femmes à bas risque, 96 en CVL, pourraient constituer les césariennes potentiellement évitables. Toutefois, il faut considérer les autres indications médicales de programmation (non intégrées par Robson) :

- chez les primipares programmées, 60% sont césarisées sur suspicion de disproportion foeto-pelvienne. Pour N.Winer, « En cas de présentation céphalique, la radiopelvimétrie/pelviscan proposée avec l'objectif de prédire le succès de l'épreuve du travail est loin de faire l'unanimité : elle ne modifie pas l'état néonatal, augmente le taux de césarienne et ne doit pas être faite de façon systématique, compte tenu de l'absence de preuve apportée par son utilisation élargie » (5).
- chez les multipares programmées, la césarienne paraît plus difficile à éviter car les indications sont plus souvent des pathologies maternelles/placentaires.

A noter que les césariennes programmées pour convenance personnelle seule étaient rares (6 cas).

De plus, 63% des césariennes monofoetales avec RDV de programmation avaient été programmées à partir de 39 SA, et 80% ≥38 SA et 4 jours (marge d'erreur de datation échographique à ±3 jours).

L'analyse par type de maternité doit être interprétée avec prudence, en raison de la répartition géographique des maternités en CVL et de l'accessibilité inhomogène des 2 maternités de type III centrées sur l'axe ligérien ; d'où, peut-être, une plus forte concentration par rapport au national de femmes à haut risque de césarienne dans des maternités de type I, potentiellement excentrées.

La principale limite de cette étude centrée sur les césariennes était de ne pas pouvoir calculer le taux de césarienne pour chacun des groupes de Robson : les caractéristiques des femmes ayant accouché par voie basse sur la même période ne sont pas accessibles ni par le registre (non exhaustif), ni par le PMSI. D'autre part, ces taux de césariennes doivent également être interprétés selon des facteurs liés aux maternités (organisationnels et de démographie médicale) et liées aux patientes, non pris en compte dans notre étude.

Cette étude était la première étude exhaustive sur les césariennes en région CVL via un questionnaire simple et court, avec des données complètes et fiables réalisée grâce à un très bon investissement des maternités.

Afin de contribuer au suivi des pratiques, la Fédération Française des Réseaux de Soins en Périnatalité (FFRSP) est en cours d'élaboration d'une classification simplifiée du Robson (6 classes) à partir du PMSI. Ceci pourrait permettre à terme une production d'indicateurs automatisés pour que chaque maternité puisse se situer par rapport aux taux régionaux voire nationaux, dans le même type de maternité. Ces indicateurs seront plus précis (12 classes de Robson) pour les établissements exhaustifs dans le registre.

Ces résultats doivent faire l'objet d'une large diffusion auprès des obstétriciens et établissements de la région CVL, dans un but d'évaluation, de surveillance et d'amélioration des pratiques, notamment via la comparaison inter-établissements. Le réseau Périnat CVL a toute sa place dans la diffusion et l'information des professionnels.

Merci pour l'investissement de toutes les maternités du Réseau Périnat Centre-Val de Loire

(1) UREH - Périnatalité 2015 - Activité des maternités Région Centre Val-de-Loire. Document téléchargeable sur le site de l'UREH

(2) Indications de la césarienne programmée à terme - Recommandations HAS, Janvier 2012

(3) C. Le Ray et al - Classification de Robson : un outil d'évaluation des pratiques de césarienne en France. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction (2015) 44, 605-613

(4) BO Santé – Protection sociale – Solidarité n°2013/4 du 15 mai 2013, Page 562

(5) N. Winer - Que reste-t-il des indications de la radiopelvimétrie ? CNGOF 35ème Journées nationales 2011, p.289-309.

ARS CVL : Dr D. ROY, M. M. LEMARCHAND Assurance-Maladie : Mme AGOSTI
Réseau Périnat CVL : Dr J. POTIN, Dr D. TURPIN, Mmes M.C. BAUDE et C. DELCOURT
UREH : Mme A.I. LECUYER, Dr L. GUILLON, Dr E. LAURENT, Dr S. BARON
Remerciements au Dr C. DIGUISTO et à J. GARCIA

Mail : a.pigner@chu-tours, ureh@chu-tours.fr

Document téléchargeable sur le site de l'UREH : <https://www.sante-centre.fr/ureh-centre>

