

Taux de césarienne et effectifs médicaux en maternité: une étude de cohorte retrospective au sein d'un réseau périnatal.

Réseau Maternité en Yvelines et Périnatalité Active (MYPA)
Equipe d'Accueil 7285, Université Versailles Saint Quentin, Montigny-le-Bretonneux, France
Paris-Jourdan Sciences Economiques, INSERM, Paris, France

Objectif: Déterminer si les effectifs médicaux en maternité affectent le taux de césarienne.

Conception de l'étude: Étude de cohorte rétrospective en population.

Mise en place: 10 hôpitaux d'un réseau périnatal d'Ile de France (MYPA).

Population: Tous les accouchements de 2008 à 2014 (n = 102,236).

Méthodes: Des analyses bivariées et multivariées avec régressions logistiques multiniveaux ont été menées pour déterminer si les niveaux de dotation en personnel médical étaient associés au taux de césarienne. Les variables indépendantes étaient les caractéristiques démographiques et médicales des femmes, le type, l'organisation et le niveau de dotation en personnel médical par lit de chaque structure hospitalière.

Critères de jugement principaux: Taux de césarienne non programmée avant travail, de césarienne programmée, et de césarienne intrapartum.

Résultats: Globalement, le taux de césarienne dans le réseau MYPA était de 23.9% (2.4% de césarienne non programmée avant travail, 10.0% de césarienne programmée et 11.5% de césarienne intrapartum). Le nombre de sages-femmes par lit était significativement associé au taux de césarienne programmée (odds ratio 0.83, intervalle de confiance à 95% 0.69-0.99); le nombre d'obstétriciens par lit était significativement associé au taux de césarienne programmée (OR 0.69, IC 95% 0.49-0.96] et de césarienne intrapartum (OR 0.36, IC 95% 0.23-0.56). Indépendamment des facteurs significatifs individuels et hospitaliers, le nombre de sages-femmes par lit était négativement corrélé au taux de césarienne programmée (OR ajusté 0.80, IC 95% 0.74-0.86]) et le nombre d'obstétriciens par lit au taux de césarienne intrapartum (OR ajusté 0.41, IC 95% 0.25-0.67). En conséquence, une augmentation de 10% du nombre de sages-femmes par lit aurait pu réduire de 2% la probabilité de césarienne programmée et une augmentation de 10% du nombre d'obstétriciens aurait pu réduire de 3% celle des césarienne intrapartum.

Conclusion: Les niveaux de dotation en personnel soignant, sages-femmes et obstétriciens, sont des déterminants importants du taux de césarienne. Les augmenter peut aider à réduire les taux de césarienne.

Traitement des hémorragies graves du post-partum immédiat par tamponnement intra-utérin par ballon.

Réseau Maternité en Yvelines et Périnatalité Active (MYPA)

Equipe d'Accueil 7285, Université Versailles Saint Quentin, Montigny-le-Bretonneux, France
INSERM, CIC 1432, unité d'épidémiologie clinique/essais cliniques, Dijon, France

Objectif: Comparer les taux de procédures invasives chirurgicales ou radio-interventionnelles pour contrôler les hémorragies graves du post-partum immédiat entre un réseau périnatal qui utilisait le tamponnement intra-utérin par ballon en routine et un autre réseau périnatal qui ne l'utilisait pas dans sa prise en charge des hémorragies du post-partum immédiat.

Méthodes: Cette étude de cohorte rétrospective en population a inclus toutes les femmes (72, 529) ayant accouché entre 2011 et 2012 dans les 19 maternités de deux réseaux périnatals d'Ile de France: un réseau pilote (dans lequel le tamponnement intra-utérin par ballon était utilisé) et un réseau de contrôle (dans lequel le tamponnement intra-utérin par ballon n'était pas utilisé). Les issues ont été évalués à partir de la base de données du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI). Les caractéristiques générales et obstétricales ont été incluses dans deux modèles logistiques multivariés distincts selon le mode d'accouchement (voie basse et césarienne) pour estimer l'influence indépendante du réseau sur le taux de procédures invasives.

Résultats: Des procédures invasives (ligature des vaisseaux pelviens, embolisation artérielle, hystérectomie) ont été utilisées parmi 298 femmes, soit 4.1 cas pour 1000 accouchements (IC 95% 3.7-4.6). La proportion de femmes ayant eu au moins une procédure invasive était significativement plus faible dans le réseau pilote (3.0/1000 versus 5.1/1000, $p < 0.01$). Parmi les femmes ayant accouché par voie basse, l'utilisation de l'embolisation artérielle était significativement plus faible dans le réseau pilote que dans le réseau témoin, 0.2/1000 versus 3.7/1000, $p < 0.01$, de même que parmi les femmes ayant accouché par césarienne, 1.3/1 000 versus 5.7/1000, $p < 0.01$. Après prise en compte des facteurs de confusion potentiels, le risque de procédure invasive parmi les femmes ayant accouché par voie basse restait significativement plus faible dans le réseau pilote (odds ratio ajusté 0.14; IC 95% 0.08-0.27), mais pas parmi les femmes ayant accouché par césarienne (ORa 1.19, IC 95% 0.87-1.61).

Conclusion: L'utilisation du tamponnement intra-utérin par ballon en pratique clinique de routine a été associée à une utilisation significativement plus faible des procédures invasives pour le contrôle des hémorragies graves du post-partum immédiat parmi les femmes ayant accouché par voie basse.