




Disponible en ligne sur  
 ScienceDirect  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France  
 EM|consulte  
www.em-consulte.com



PRATIQUE PROFESSIONNELLE

# Évaluation des pratiques professionnelles dans le cadre de la certification d'un établissement public de santé à propos des césariennes programmées

*Continuous medical evaluation in a gynaecological and obstetrical unit: Our experience about scheduled caesarean*

C. Davitian\*, G. Ducarme, A. Grossetti, P. Desfeux, C. Yver, H. Pejoan, M.-C. Andre, M. Levardon, B. Bougeois, D. Luton

UPRM, service de gynécologie obstétrique, hôpital Beaujon, AP-HP, 100, boulevard de Général-Leclerc, 92110 Clichy, France

Disponible sur Internet le 22 octobre 2009

## MOTS CLÉS

Certification ;  
Évaluation des  
pratiques  
professionnelles ;  
Césarienne  
programmée

## KEYWORDS

Certification;  
Continuous medical  
evaluation;  
Caesarean section

**Résumé** L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) est une obligation et a pour but l'amélioration continue de la qualité des soins et du service rendu aux patients par les professionnels de santé. Cet article a pour but de faire partager l'expérience du service de gynécologie obstétrique de l'hôpital Beaujon sur les différentes étapes l'ayant conduit à obtenir sa certification à propos de l'« Amélioration de la prise en charge des femmes et des nouveau-nés en cas de césarienne programmée à l'hôpital Beaujon ». Une première étude, rétrospective, de dossiers de césariennes programmées a permis de mettre à jour des points d'amélioration possibles, après application d'actions correctrices adaptées, tant au niveau médical que paramédical. Une deuxième étude, effectuée après application de ces actions, a permis d'apprécier les résultats de notre démarche d'EPP, de mettre à jour de nouveaux points d'amélioration possibles, mais aussi de constater certaines limites dans l'atteinte des objectifs.

© 2009 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

**Summary** Continuous medical evaluation (CME) is compulsory which aims to ameliorate and guarantee quality of care. This paper describes the experience of our unit during the different stages of evaluation that permit us to obtain our accreditation. Our evaluation dealt with the "amelioration of women's and newborn's care after scheduled caesarean section". A first retrospective study of files of scheduled caesareans allowed to update possible points of improvement, after application of adapted corrective actions, both at the medical and paramedical level. The second study, made after application of these actions, allowed to appreciate the results of our initiative of CME, to update new possible points of improvement, but also to notice certain limits in the achievement of the objectives.

© 2009 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [carine.davitian@bjn.aphp.fr](mailto:carine.davitian@bjn.aphp.fr) (C. Davitian).

## Introduction

L'accréditation est une démarche d'évaluation externe sous l'impulsion de la Haute Autorité de santé (HAS). L'objectif final est l'amélioration de la qualité de la production (en l'occurrence des soins) et la volonté d'une reconnaissance ou de la visibilité de cette qualité par les pouvoirs publics et les citoyens, patients potentiels [1].

La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie mentionne dans l'article 14 l'obligation d'évaluation individuelle des pratiques professionnelles pour tous les médecins quel que soit leur mode d'exercice (public ou libéral) [2]. Le décret n° 2005-346 du 14 avril 2005 paru au JO du 15 avril 2005 précise les modalités de réalisation et de validation des démarches d'EPP pour une mise en œuvre au 1<sup>er</sup> juillet 2005 avec une périodicité quinquennale [3]. L'EPP consiste en l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode élaborée ou validée par la HAS qui inclue la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques [4].

La deuxième version de la procédure de certification, initiée en 2005, modifiée en 2007 et abordée dans cet article, est également un état des lieux de l'organisation et des fonctionnements de l'établissement comme l'est la version 1 [5]. La différence majeure tient désormais dans l'obligation pour l'établissement d'apporter des réponses sur le niveau de qualité atteint et d'apprécier la dynamique existante en matière d'évaluation des pratiques professionnelles.

Même s'il existe des recommandations incontestables dans le monde de la santé, le service rendu n'est pas toujours seulement dépendant de données ponctuelles de la science médicale. Il s'intègre bien souvent, en particulier au niveau de l'hôpital, dans un processus complexe à responsabilités multiples. L'évaluation des pratiques professionnelles est donc le plus souvent incluse dans une démarche organisée d'amélioration des pratiques.

Pour être qualifiée d'EPP, une action devra clairement viser à améliorer la qualité d'un processus tout en respectant le préalable d'analyser une pratique. Cette analyse devra prendre en compte un ensemble de références validées (littérature, consensus professionnels et diverses recommandations par des organismes officiels [HAS]). La mesure des résultats et de l'impact des actions est l'ultime étape de cette EPP [6].

Cet article a pour but d'exposer la démarche d'EPP et les résultats obtenus après application des solutions préconisées lors de cette démarche au sein du service de gynécologie obstétrique de l'hôpital Beaujon (AP-HP). Le sujet choisi était celui de la césarienne et plus précisément « Amélioration de la prise en charge des femmes et des nouveau-nés en cas de césarienne programmée ». Ce choix est justifié par le fait que cette intervention est en constante augmentation et a un retentissement certain sur le plan de la santé publique.

## Matériels et méthode

La référence 42 concerne la prise en charge des pathologies et des problèmes de santé principaux [7].

Il s'agit d'une maternité de niveau 1, réalisant en moyenne 2000 accouchements par an. Elle est dotée de

quatre salles d'accouchement, d'une salle opératoire dédiée aux césariennes (pas de salle dédiée aux césariennes programmées). L'obstétricien opérateur n'est, en règle générale, pas l'obstétricien de garde, ce qui n'est pas le cas pour l'anesthésiste ni la sage femme. La programmation des césariennes se fait lors de la réunion matinale journalière et autorise, au maximum, deux interventions programmées par jour. Le taux de césarienne dans le service est de 20,6% en 2007 dont près d'un tiers sont des césariennes programmées.

Dans la littérature, l'opération césarienne représente entre 5 et 25% des accouchements [8–9]. La tendance actuelle était à une augmentation et maintenant une stabilisation aux alentours de 20% des accouchements [10]. Dans un tiers des cas, il s'agit d'une césarienne programmée [10]. Ainsi, cet acte est de plus en plus fréquent et peut avoir un retentissement à la fois à court terme et à long terme sur la santé du couple mère-enfant [11–14]. L'opération de « césarienne » a donc un impact majeur sur le plan de la prise en charge périnatale et donc sur le plan de la santé publique, ce qui justifie le choix de cet EPP.

À une échéance plus brève, l'immobilisation post-césarienne peut être à l'origine de difficultés de la prise en charge de l'enfant, en particulier pour ce qui est de l'allaitement maternel, reconnu comme un des maillons essentiels de la relation mère-enfant [15].

Pour engager le service de maternité de l'hôpital Beaujon dans la démarche de certification, un groupe de travail a été constitué et s'est réuni régulièrement afin de définir une stratégie pour parvenir à une EPP la plus pertinente possible. Ce groupe était constitué de deux professeurs des universités – praticiens hospitaliers, un praticien hospitalier, un chef de clinique, un anesthésiste, un pédiatre, quatre cadres supérieurs de santé, quatre sages-femmes, une infirmière de bloc opératoire, deux infirmières et une puéricultrice. Deux réunions ont eu lieu à l'issue de la première évaluation pour mettre en place les mesures correctives, puis une réunion trimestrielle pour suivre l'application de celles-ci.

Un premier recueil de données portant sur les 150 dossiers de césariennes programmées de l'année 2004 a été effectué. Certaines actions d'amélioration ont été mises en place puis une deuxième phase de recueil de données concernant les 100 dossiers de césariennes programmées de novembre 2006 à septembre 2007 a permis de comparer les résultats des deux périodes. La visite de certification a eu lieu en juin 2006 à l'issue de laquelle la certification avec réserves a été prononcée. La visite de suivi a eu lieu le 13 novembre 2007, à l'issue de laquelle la certification de l'établissement de santé a pu être émise.

## Résultats

Une analyse rétrospective des dossiers de césarienne de l'année 2004 retrouve 150 dossiers de césariennes programmées. Un recueil rétrospectif des données par analyse descriptive de ces dossiers a été réalisé.

Il était alors pris en compte les données concernant la mère, le nouveau-né, l'acte chirurgical, les suites opératoires, la réalisation ou non de la consultation post-natale à l'hôpital Beaujon et, enfin, le degré de satisfaction des patientes.

**Résultats du recueil de données rétrospectif**

**L'aspect infirmier et postopératoire**

Il ressort de ces travaux qu'il existait sur l'année 2004, 74 % d'utilisation des échelles de douleurs avant l'administration d'antalgiques et 52 % après administration d'antalgiques.

**L'aspect pédiatrique**

*Généralités.* Il apparaît dans les dossiers l'absence de formalisation de la prise en compte du lien mère-enfant par l'équipe pédiatrique médicale et paramédicale.

*Allaitement maternel et césarienne.* En 2004, le taux d'allaitement maternel à la sortie de la maternité de Beaujon est de 58 %. En 2002 en France, le taux d'allaitement à la naissance a atteint 54,6 % (résultats obtenus par statistiques des certificats du huitième jour). Chez les femmes césarisées, ce taux atteignait 47 % à l'hôpital Beaujon.

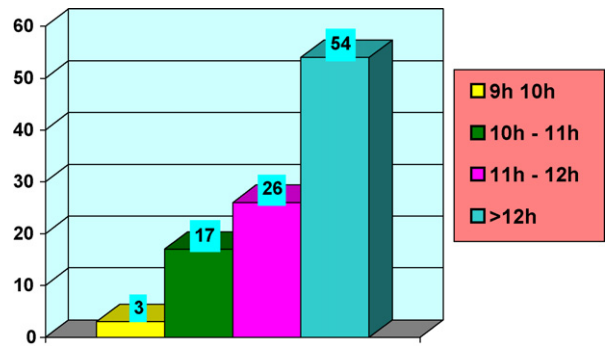
**L'aspect obstétrical**

L'analyse des indications de celles-ci est sans particularité. Le type d'anesthésie pratiquée est une rachianesthésie dans 85 % des cas (Fig. 1).

Plusieurs points pouvant faire l'objet d'une amélioration ont été retenus :

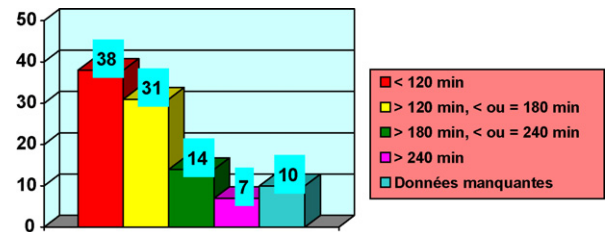
- la traçabilité de « l'information à la patiente » : dans 80 % des cas, elle n'est pas retrouvée alors que l'information a été effective oralement ;
- l'évaluation de la douleur n'est effectuée que dans 74 % des cas avant prise d'antalgiques et dans 52 % des cas après prise d'antalgiques ;
- l'horaire de réalisation des césariennes qui, dans 54 % des cas, se situe après 12 h 00 (Fig. 2) ;
- le délai de retour en chambre n'est supérieur à 3 h 00 que dans seulement 20 % des cas, ce qui paraît « normal » (Fig. 3). Cependant si ces cas ne sont pas médicalement justifiés, alors une amélioration peut être apportée ;
- le taux d'allaitement maternel qui est de 54 % à la sortie chez les femmes césarisées (Fig. 4) ;
- la durée moyenne de séjour (DMS) en postopératoire qui n'est inférieure ou égale à cinq jours que dans 66 % des cas, alors que le taux de complications globales est de 10 %, ce qui, compte tenu des données de la littérature [11], nous situe dans une moyenne « correcte » (Fig. 5).

Deux autres points sont importants : seule la moitié des patientes est revue en post-partum. Cela est à améliorer



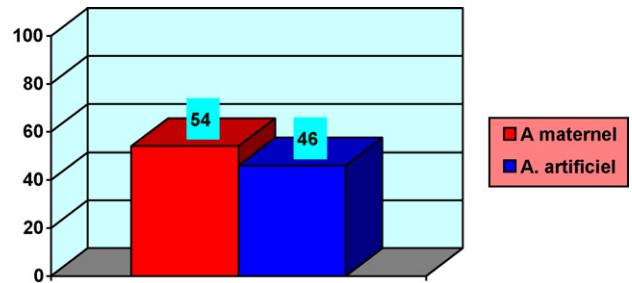
**Figure 2** Horaire de réalisation des césariennes programmées.

*Hour of scheduled caesarean realization.*



**Figure 3** Délai « fin de procédure – retour en chambre ».

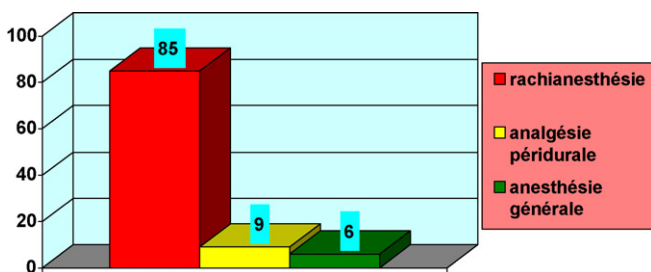
*Waiting time "end of the caesarean – back in the room".*



**Figure 4** Type d'allaitement.

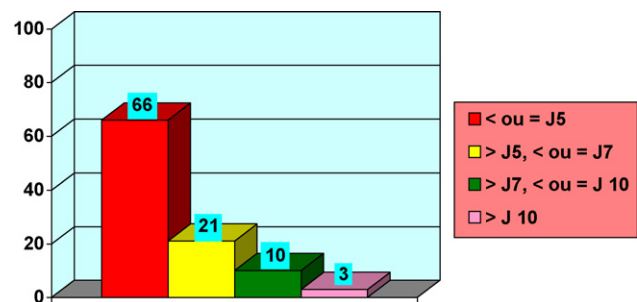
*Feeding type.*

car c'est une donnée essentielle du suivi et de la qualité de la relation avec la patiente. De plus, dans 95 % des cas, aucune notion d'évaluation de la satisfaction de la patiente n'est notée dans le dossier. Par ailleurs, nous nous sommes aperçus que les différentes étapes de l'hospitalisation des patientes ne sont pas retranscrites dans un même dossier :



**Figure 1** Type d'anesthésie.

*Anesthesia type.*



**Figure 5** Durée moyenne de séjour en postopératoire.

*Duration of hospital stay.*

en effet, les différentes informations sont partagées entre le dossier de soins infirmiers et le dossier de grossesse.

### Actions d'amélioration

#### Au niveau du bloc opératoire

Le groupe de travail a mis en place une fiche de liaison afin de permettre la traçabilité sur un seul outil des différentes étapes du processus de soins. L'implantation de cette fiche de suivi est généralisée sur l'ensemble de l'établissement.

Une analyse fine des horaires tardifs de réalisation des césariennes programmées a permis de souligner la nécessité d'une double équipe permanente d'anesthésiste le matin (une équipe obstétricale et une équipe gynécologique). Le détachement du staff d'un médecin de l'équipe obstétricale dès 8 h 15 le matin afin de stimuler l'ensemble des intervenants de la chaîne de soin a été décidé.

#### Au niveau du secteur d'hospitalisation

Une évaluation de la douleur systématique et régulière par échelle visuelle analogique est pratiquée et est retranscrite sur une feuille dédiée dans le dossier de chaque patiente.

#### Au niveau du dossier médical

La création d'un livret d'information sur la césarienne remis à toutes les femmes en début de grossesse a été entreprise. Une fiche de staff avec décision de l'acte et information de la patiente ainsi qu'une fiche d'accueil des césariennes programmées ont été mises en place et intercalées dans le dossier médical de la patiente. Par ailleurs, la systématisation de la consultation post-accouchement est en voie d'instauration.

#### Aspect pédiatrique

Pour les nouveau-nés nourris au sein, il n'y a aucune contre-indication liée à la césarienne (sauf celles reconnues antérieurement la plupart du temps d'ordre infectieuse) quant à la mise au sein à j0 si la mère le désire. En cas de nécessité, l'auxiliaire alimentera l'enfant à la seringue et non à la tétine afin de ne pas perturber la succion. La nuit, les nouveau-nés issus de césariennes sont gardés à la nurse-rie de j0 à j2 inclus si la mère le désire pour qu'elle puisse se reposer. À ce moment, soit l'enfant est porté auprès de sa mère pour qu'elle le nourrisse, soit nourri à la seringue avec du lait premier âge.

Suite à un consensus d'équipe, le groupe de travail sur l'allaitement a mis en place une procédure écrite distribuée à chaque professionnel intervenant lors de la grossesse et la naissance dans un premier temps. La formalisation puis validation et application d'une procédure d'allaitement est en cours d'élaboration.

La mise en place d'une fiche de liaison protection maternelle et infantile (PMI) a été initiée. Elle sera intégrée dans le dossier de soin de l'enfant et permettra d'évaluer la relation mère-enfant.

### Résultats de la deuxième évaluation

Après que les premières actions d'amélioration aient été mises en place, un recueil des données des 100 dossiers de césarienne programmée retrouvés sur la période allant de

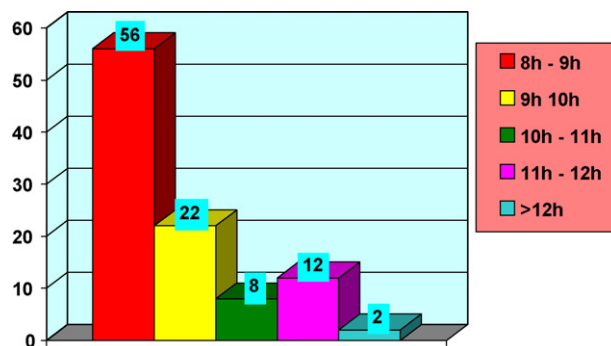


Figure 6 Horaire de réalisation des césariennes programmées.

*Hour of scheduled caesarean realization.*

novembre 2006 à septembre 2007 a été réalisé rétrospectivement.

Ce chapitre compare les résultats du recueil rétrospectif des deux périodes après l'application des actions d'amélioration.

#### Évaluation de la douleur

L'évaluation de la douleur par utilisation d'échelles verbale simple, numérique et visuelle analogique est pratiquée dans 100% des cas dans la deuxième évaluation, avant et après prise d'antalgiques.

#### Horaire de réalisation des césariennes

Les césariennes programmées sont réalisées plus tôt le matin avec une diminution significative du nombre de césariennes réalisées après 12 heures: 54% versus 2%, permettant de réduire le jeun et l'attente des patientes (Fig. 6).

#### Type d'anesthésie pratiquée

Il est retrouvé une distribution comparable du type d'anesthésie réalisée entre les deux évaluations (Fig. 7). Une indication médicale, obstétricale ou anesthésique, est retrouvée explicitement dans le dossier lorsqu'une anesthésie générale est réalisée.

#### Délai « fin de procédure – retour en chambre »

Le délai moyen entre la fin de la procédure opératoire et le retour en chambre de la patiente se situe entre 120 et 180 minutes dans 47% des cas lors de la deuxième évaluation (Fig. 8). Il est cependant à noter qu'aucune donnée

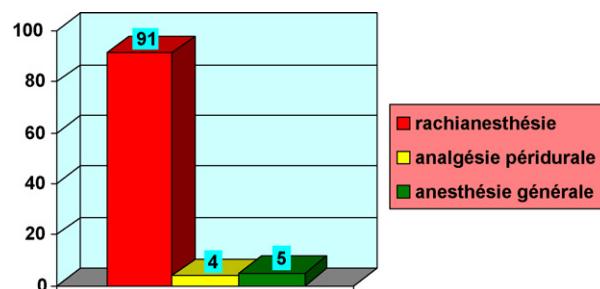


Figure 7 Type d'anesthésie.

*Anesthesia type.*

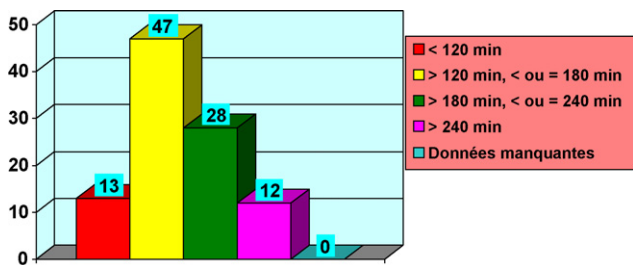


Figure 8 Délai « fin de procédure – retour en chambre ». *Waiting time "end of the caesarean – back in the room"*.

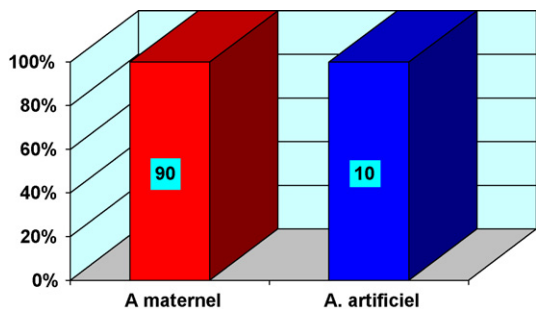


Figure 9 Type d'allaitement. *Feeding type.*

manquante ne vient biaiser ce résultat. Ce délai s'est effectivement allongé car durant cette période, il est recensé des délais d'attente de brancardage à chaque étape quelque fois importants. De ce fait, une salle de réveil attenante au bloc dédié aux césariennes a été ouverte. L'impact en termes de gain de temps de la mise en place de cette nouvelle salle n'a pas encore pu être évaluée. En outre, cet allongement est aussi expliqué par l'existence d'indications médicales maternelles nécessitant une surveillance en salle de soins post-interventionnelle plus longue sur cette période de recueil des données.

**Amélioration du respect de l'allaitement maternel de première intention**

Il est retrouvé un taux d'allaitement maternel à la sortie de 90% contre 54% lors de la première autoévaluation (Fig. 9). De plus, sa mise en place est réalisée de manière plus précoce : dès j0 dans 52% des cas, dès j1 dans 33% des cas et dès j2 dans 5% des cas (Fig. 10). Une feuille de procédure « allaitement maternel » est en cours de finalisation.

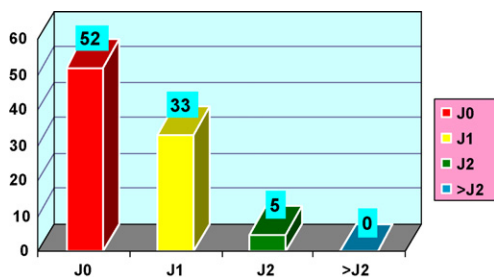


Figure 10 Délai de mise en place de l'allaitement maternel. *Breast feeding delay.*

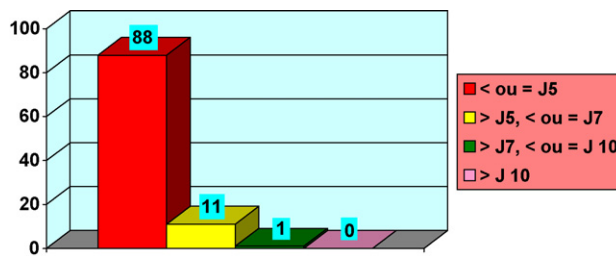


Figure 11 Durée moyenne de séjour en postopératoire. *Duration of hospital stay.*

**La durée moyenne de séjour en postopératoire**

Elle est inférieure ou égale à cinq jours dans 88% des cas dans la deuxième évaluation contre 66% lors de la première autoévaluation (Fig. 11). Toutes les durées de séjour supérieures à cinq jours sont justifiées par un motif médical maternel et/ou pédiatrique. Dans certains cas, un motif social peut en être la raison. Chaque motif particulier est explicité de manière concise dans le dossier et codé.

**Les autres améliorations**

Les autres améliorations relevées sont :

- la présence de la « feuille de staff » dans 99% des dossiers ;
- la présence de la « feuille de liaison service – bloc – salle de soins postinterventionnelle (SSPI) » dans 99% des dossiers ;
- la présence de la « feuille d'accueil des césariennes programmées » dans 90% des dossiers ;
- la remise du « livret information césarienne » pour 51% des patientes, avec un taux atteignant 100% depuis avril 2007 ;
- la fiche de liaison PMI utilisée dans 90% des cas.

**Discussion**

La référence 46 prévoit la mise en œuvre d'actions ou de projets d'évaluation et d'amélioration sur des pathologies ou des problèmes de santé principaux. Cette action se situait bien dans cette perspective et elle a su mobiliser la quasi-totalité des acteurs du processus de soin.

La faisabilité de cette procédure a été jugée tout à fait réalisable car nous avons déjà mené des études rétrospectives pour de nombreux critères et nous avons ainsi des données disponibles. L'analyse initiale de ces données a permis d'espérer une amélioration sur un certain nombre de points, en particulier au niveau de l'information des patientes, dès le début de la grossesse mais aussi au niveau de la traçabilité des différents processus de prise en charge de la césarienne.

Cette autoévaluation a montré une réelle amélioration des différents points analysés après mise en place des outils correctifs.

La traçabilité des informations dans le cadre de l'évaluation de la douleur s'est avérée exhaustive, ce qui revêt une importance majeure pour pouvoir adapter sa prise en charge [16]. Par ailleurs, une mauvaise prise en charge de la douleur peut être à l'origine d'interférences non négligeables sur la relation mère–enfant, notamment pour le choix du type d'allaitement [17].

La mise en place des mesures correctives a permis la réalisation des césariennes programmées à un horaire moins tardif, avec plus de la moitié de celles-ci réalisées entre huit et neuf heures. L'analyse des dossiers des césariennes réalisées tardivement retrouve une justification organisationnelle de service ou médicale. Parallèlement, le délai entre l'arrivée au bloc opératoire de la patiente et la réalisation de l'anesthésie ne s'est pas trouvé allongé. Ces actions ont permis une amélioration de la prise en charge des patientes dont le jeune et l'attente se trouvent réduits, ce qui contribue à un meilleur vécu de l'événement. Le seul point « négatif » retrouvé dans cette chaîne de soins est le délai existant entre la fin de la césarienne et l'horaire de retour en chambre qui, dans certains cas, trouve son explication par un manque de disponibilité du personnel de brancardage.

Cependant, il est à noter que les raisons des délais d'attente longs sont répertoriées dans les dossiers et que l'information apparaît clairement, qu'elle soit d'ordre médical ou d'ordre organisationnel.

Le type d'anesthésie pratiquée lors des césariennes programmées retrouve sensiblement la même distribution entre les deux évaluations. Les indications des anesthésies générales sont clairement définies. Elles peuvent d'être d'ordre obstétricale, comme par exemple les situations à risque hémorragique, ou d'ordre maternel (pathologie contre indiquant la pose d'une analgésie péridurale). Les différentes raisons sont retrouvées explicitement dans chacun des dossiers. Le taux d'anesthésies générales pratiquées en vue d'une césarienne programmée est faible et stable entre les deux évaluations, se situant aux environs de 5%.

Une augmentation d'environ 70% du taux d'allaitement maternel exclusif chez les patientes ayant bénéficié d'une césarienne programmée a été constatée lors de la deuxième évaluation. Il passe en effet de 54 à 90%. La mise en place d'une politique de service différente envers ces patientes comme une aide à la mise au sein plus soutenue, de jour comme de nuit, l'initiation de l'allaitement maternel de manière plus précoce après l'accouchement ou l'utilisation de seringue si un complément doit être administré au nouveau-né, a permis de les aider à opter et à initier un allaitement maternel de première intention que la majorité d'entre elles continuent une fois de retour au domicile. Ces mesures ont pu être appliquées car une augmentation du nombre du personnel auxiliaire de puériculture a pu être accepté, notamment le personnel de nuit.

La DMS en post-partum est de plus en plus courte, y compris en cas de césarienne. En effet, les sorties précoces sont de plus en plus préconisées et pratiquées lorsque le réseau le permet [18]. Malheureusement, il existe aussi de plus en plus de situation de maintien en hospitalisation ne relevant pas d'indication médicale, ce qui ne permet pas de constater la baisse attendue de la DMS.

La présence des différentes fiches de service (de staff, d'accueil, de liaison) dans les dossiers analysés a pu être relevée dans plus de 90% des cas, ce qui permet, rétrospectivement, de retracer l'information et de conforter nos objectifs.

L'articulation des différents maillons de la chaîne de soins entrant dans la prise en charge de la césarienne a pu être

optimisée par la mise en place de moyens simples et par une transmission des informations plus efficace entre les différents acteurs impliqués.

Cette étude a également permis de mettre à jour certaines limites dans l'atteinte des objectifs : en effet, les délais existants entre chaque étape de la césarienne semblent, dans l'état actuel des choses, incompressibles alors qu'une amélioration évidente pourrait être apportée.

## Conclusion

Cette démarche de certification a été reconnue dans sa globalité pour l'hôpital Beaujon puisque nous avons obtenu la certification.

Elle a été bénéfique à plusieurs égards : le plus attendu a été le bénéfice apporté à la patiente et à son nouveau-né dans une amélioration de la prise en charge de la césarienne programmée. Le deuxième est qu'il a permis de fédérer une équipe autour d'un projet commun d'amélioration. Même si ces projets sont parfois moins spectaculaires que certaines recherches cliniques, leur impact en termes de santé publique n'en est pas moins important. Le troisième est que la gestion d'un tel projet permet de découvrir l'extrême complexité des processus de soins. Cette complexité tient autant à des considérations techniques qu'à des considérations humaines et souligne l'importance de la connaissance du « terrain » avant toute velléité de transformation.

Nos perspectives et nos buts sont entre autres de pérenniser l'ensemble de la démarche dans le service, de formaliser un livret d'information sur l'allaitement, et d'augmenter le taux des consultations post-partum.

D'autres thèmes d'EPP seront discutés en conseil de service et éventuellement engagés hors processus d'accréditation, en poursuivant les mêmes schémas.

## Remerciements

Remerciements à l'équipe de direction, au personnel de la maternité et du bloc opératoire.

## Références

- [1] L'accréditation des médecins : mode d'emploi. HAS ; mai 2007.
- [2] Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie (JO du 17 août 2004).
- [3] Décret n° 2005-346 du 14 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles (JO du 15 avril 2004).
- [4] EPP des médecins : mode d'emploi. HAS ; mars 2007.
- [5] Manuel d'accréditation des établissements de santé — deuxième procédure d'accréditation. Anaes ; septembre 2004.
- [6] L'audit clinique : évaluation des pratiques par comparaison à un référentiel. HAS.
- [7] Manuel de certification des établissements de santé et guide de cotation. HAS: Édition 2007. p. 152.
- [8] Blondel, Supernant K, du Mazaubrun C, Breart G. Trends in perinatal health in metropolitan France between 1995 and 2003: result from the National Perinatal Surveys. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2006;35:373–87.
- [9] La situation périnatale en France en 2003. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques. Mars 2005. N° 383.

- [10] La pratique des césariennes: évolution et variabilité entre 1998 et 2001. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques. Décembre 2003. N° 275.
- [11] Häger RME, Daltweit AK, Hofers D, Nilsen ST, Kolars T, Oiam P, et al. Complications of caesarean deliveries: rates and risk factors. *Am J Obstet Gynecol* 2004;190:428–34.
- [12] Deneux-Tharoux C, Carmona E, Bouvier-Colle MH, Bréart G. Post partum maternal mortality and caesarean delivery. *Obstet Gynecol* 2006;108:541–8.
- [13] Smith GCS, Pell JP, Dobbie R. Caesarean section and risk of unexplained stillbirth in subsequent pregnancy. *Lancet* 2003;362:1779–84.
- [14] Kennare R, Tucker G, Heard A, Chan A. Risks of adverse outcomes in the next birth after a first caesarean delivery. *Obstet Gynecol* 2007;109:270–6.
- [15] Bar G, Sheiner E, Lezerovitz A, Lazer T, Hallak M. Early maternal feeding following caesarean delivery: a prospective randomised study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2008;87:68–71.
- [16] Ribeiro I, Nunes I, Ghira M. Evaluation of analgesia after caesarean section. *Acta Med Port* 2001;14:395–8.
- [17] Gadsden J, Hart S, Santos AC. Post caesarean delivery analgesia. *Anesth Analg* 2005;101:62–9.
- [18] Vendittelli F, Boniol M, Mamelle N. Early postpartum hospital discharge in France. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2005;53:373–82.