



HAL
open science

L' hémorragie de la délivrance, une prise en charge à suivre à la trace? : la sage-femme et la traçabilité de la prise en charge de l'hémorragie de la délivrance

Sébastien Faure

► To cite this version:

Sébastien Faure. L' hémorragie de la délivrance, une prise en charge à suivre à la trace? : la sage-femme et la traçabilité de la prise en charge de l'hémorragie de la délivrance. Médecine humaine et pathologie. 2012. hal-01875457

HAL Id: hal-01875457

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01875457>

Submitted on 17 Sep 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Université Henri Poincaré, Nancy I

École de Sages-femmes de Metz

L'hémorragie de la délivrance,

une prise en charge

à suivre à la trace...

La sage-femme et la traçabilité de la prise en
charge de l'hémorragie de la délivrance

Mémoire présenté et soutenu par

Sébastien Faure

Né le 14 septembre 1988

Promotion 2008-2012

Remerciements

A Pierre-Arnaud, Julie, Stéphanie et Amélie
avec qui j'ai partagé ces quatre années d'école, pour leur amitié et leur soutien,
et pour tous ces moments inoubliables vécus ensemble

A mes autres amis de promotion 2008-2012
sans qui ces années d'étude n'auraient pas été les mêmes...

A mes parents et mes frères
qui m'ont soutenu à tout moment

A Mme Eve Terver, sage-femme, ma directrice de mémoire
pour m'avoir guidé et accordé son temps, son soutien et son expérience professionnelle
tout au long de l'élaboration de ce travail

Cet écrit n'engage que la responsabilité de son auteur

Sommaire

Remerciements	1
Sommaire	3
Introduction	5
Partie 1	6
1 L'hémorragie de la délivrance : une urgence obstétricale vitale	6
1.1 Définition.....	6
1.2 Fréquence	7
1.3 Les facteurs de risque	7
1.4 Le diagnostic positif	9
1.5 Le diagnostic différentiel.....	12
1.6 Etiologies de l'hémorragie de la délivrance	12
1.7 Les complications de l'hémorragie de la délivrance	14
1.8 La prévention et la prise en charge de l'hémorragie de la délivrance selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2004	17
2 L'hémorragie de la délivrance: une situation à risqué médico-légal	22
2.1 Le risque obstétrical	22
2.2 La mortalité maternelle	22
2.3 L'hémorragie, la première cause de décès maternel évitable	25
2.4 L'importance du dossier médical et de la traçabilité	25
3 La sage-femme : une place centrale dans la prise en charge de l'hémorragie de la délivrance et sa traçabilité	27
3.1 Sage-femme, une profession médicale	27
3.2 Les compétences.....	27
3.3 La sage-femme et les autres intervenants	28
3.4 Missions de la sage-femme au cours de la prise en charge	29
Partie 2	31
1 Méthodologie de recherche	31
1.1 Problématique.....	31
1.2 Hypothèses	31
1.3 Objectifs	31
1.4 Présentation de l'étude	31
2 Résultats de l'étude	34
2.1 Le principe de base de la prévention de l'hémorragie (selon les recommandations de 2004 de la HAS).....	34
2.2 La pose de diagnostic	34
2.3 Conditionnement de la patiente et gestes de base	36
2.4 La prise en charge de l'hémorragie de la délivrance	39
2.5 Le transfert de la salle de naissance	42
2.6 Bilan de l'hémorragie de la délivrance.....	43
2.7 L'évolution des pratiques dans le temps	44

Partie 3	48
1 Constats et analyse générale	48
1.1 100% des dossiers sont en conformité avec le principe de base de la prévention de l'hémorragie recommandée par la HAS	48
1.2 Quantifier = Sauver	49
1.3 La communication à l'équipe pluridisciplinaire : des appels à tracer	50
1.4 La prise en charge initiale : une traçabilité à améliorer.....	51
1.5 Le type de l'anesthésie et les actes thérapeutiques au cours de la prise en charge : une traçabilité indispensable	52
1.6 La prescription médicamenteuse : un problème de conformité.....	53
1.7 Les actes paracliniques : qui et quand ?	54
1.8 La transfusion sanguine : une traçabilité particulière.....	55
1.9 Fin et bilan de la prise en charge	55
1.10 Tableau récapitulatif de l'étude	56
2 Au regard des hypothèses	57
3 Les propositions d'amélioration	58
3.1 Une sensibilisation sur la prise en charge et sa traçabilité	58
3.2 Une aide pour la traçabilité : un outil spécifique et adapté	60
3.3 Tableau récapitulatif des axes d'amélioration des critères non conformes	61
3.4 Pour l'avenir	62
Conclusion	63
Bibliographie	64
ANNEXE I : Fiche complémentaire partogramme	A
ANNEXE II : Prise en charge spécifique à l'hémorragie du post-partum, Bel Air Thionville 2011	B
ANNEXE III : Affiche utilisation sac de recueil, HMM, 2011	C
ANNEXE IV : Outil d'enquête	D
ANNEXE V : Prescription antibioprophylaxie, CHR Metz-Thionville	F
ANNEXE VI : Proposition d'outil spécifique pour la traçabilité de la prise en charge de l'hémorragie de la délivrance	G

Introduction

L'hémorragie de la délivrance est une urgence obstétricale fréquente. Elle est la première cause de décès maternel en France. De plus, selon le rapport du Comité National d'Experts sur la Mortalité Maternelle (CNEMM) publié en décembre 2006, 80% des décès évitables sont liés à une hémorragie. Les principales raisons sont le retard de diagnostic ou une prise en charge inadéquate.

En 2004, la Haute Autorité de Santé (HAS) a publié des recommandations pour la pratique clinique concernant la prévention et la prise en charge des hémorragies du post-partum.

L'analyse de chaque prise en charge, a posteriori et dans un cadre médico-légal, est effectuée sur sa traçabilité. Celle-ci est la seule preuve légale de la réalité des événements et de la prise en charge.

Ayant été confronté plusieurs fois à une situation d'hémorragie de la délivrance en service de salle de naissance, j'ai observé que la sage-femme a une place centrale dans la pose de diagnostic et dans la prise en charge de cette hémorragie. Elle prévient les professionnels et coordonne la prise en charge. Elle est par conséquent responsable et impliquée dans la traçabilité.

Le pronostic vital de la patiente étant engagé, la prise en charge étant complexe et pluri-professionnels, il est difficile d'assurer une traçabilité complète et immédiate car l'acte est priorisé.

L'objectif de cette étude est d'aider les professionnels de santé à tracer de manière optimale et instantanée la prise en charge de cette urgence vitale.

Dans un premier temps, je traiterai de l'hémorragie de la délivrance et de sa prise en charge selon les recommandations de la HAS de 2004 et j'aborderai également l'importance de sa traçabilité, ainsi que les missions et les compétences de la sage-femme.

Je présenterai ensuite l'étude que j'ai réalisée sur les dossiers des cas d'hémorragies de la délivrance de 2011 au Centre Hospitalier Régional (CHR) Metz-Thionville, ainsi que ses résultats.

Enfin, les résultats de l'étude seront analysés et commentés, et des solutions d'amélioration seront proposées afin de répondre à mon objectif.

Partie 1

1 L'hémorragie de la délivrance : une urgence obstétricale vitale

1.1 Définition

La délivrance est la dernière étape d'un accouchement, elle est définie par « l'expulsion naturelle ou extraction des annexes du fœtus (cordon, placenta, membranes) » hors des voies génitales maternelles [4]. C'est un mécanisme réglé par la dynamique utérine qui comporte trois temps qui sont le décollement placentaire, la migration et l'expulsion du placenta puis l'hémostase utérine, qui aboutit à l'arrêt de l'hémorragie physiologique par la formation du globe de sécurité, témoin de la vacuité et de la rétraction utérine.

Depuis les débuts de l'obstétrique, on sait grâce à Mr le docteur Brindeau et son ouvrage « La pratique et l'art des accouchements » de 1927 que tout accouchement normal s'accompagne d'une hémorragie physiologique comprise entre 50 et 300 mL. [1]

Selon Garnier et Delamare, l'hémorragie de la délivrance, qui fait partie des hémorragies du post-partum, est une « hémorragie supérieure à 500 mL, provenant de l'aire d'insertion du placenta dans l'utérus et survenant dans les 24 heures qui suivent l'accouchement. Elle est due dans la plupart des cas à une rétention placentaire ou bien à une inertie utérine ». [4]

Ainsi, on définit l'hémorragie du post-partum comme des pertes sanguines supérieures à 500 mL pour l'accouchement voie basse et à 1000 mL pour une césarienne dans les 24 heures suivant la naissance [1,2].

Elle est dite grave lorsque la spoliation sanguine est supérieure ou égale à 1500 mL, ou que le taux d'hémoglobine diminue de 4g/dL ou plus, ou lorsque la transfusion de 4 culots globulaires a été nécessaire. [3]

L'hémorragie de plus de 500 mL est le principal facteur diagnostique qui déclenche une prise en charge active devant être mise en place le plus rapidement possible pour stopper la spoliation sanguine et prévenir les complications maternelles. [2, 5]

Le Collège National des Gynécologues-Obstétriciens de France classe les hémorragies du post-partum en trois groupes:

- ✓ L'hémorragie du post-partum répondant aux mesures obstétricales initiales,
- ✓ L'hémorragie du post-partum sévère nécessitant l'usage de sulprostone (Nalador®),

- ✓ L'hémorragie du post-partum qui nécessite une technique invasive d'hémostase.

1.2 Fréquence

La fréquence de l'hémorragie du post-partum varie selon le niveau de développement du pays et selon les régions. Elle est élevée dans les pays en voie de développement (problèmes d'accès aux soins, de qualification des professionnels et de matériel). De plus, il existe très probablement une sous-estimation du nombre d'hémorragies, du fait de la difficulté d'avoir une quantification précise des pertes sanguines après l'accouchement. [6]

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les hémorragies du post-partum concernent dans le monde environ 5% des grossesses, celles de plus de 1000 mL en représentent environ 1,3%. Parmi ces dernières, la moitié présenteront des signes de gravité s'accompagnant de pertes sanguines supérieures ou égales à 1500 mL (environ 0,4%), d'une diminution du taux d'hémoglobine supérieure ou égale à 4g/dL (0,2%) ou du besoin d'une transfusion d'au moins quatre culots globulaires (0,1%). [1].

En France, la fréquence des hémorragies du post-partum varie entre 2% et 9%. [1, 39]

Les anglo-saxons définissent les hémorragies menaçant la vie (Life-threatening hemorrhages) comme celles nécessitant un traitement « radical » immédiat (embolisation, ligature vasculaire, hystérectomie), leur fréquence est estimée à 1 naissance pour 1000. [7]

Depuis 1996, une enquête confidentielle analyse la mortalité maternelle en France. Sur les chiffres de 1996 à 2002, 73% à 80% des décès maternels par hémorragie du post-partum seraient évitables. [6, 8]

1.3 Les facteurs de risque

On note que 70% des hémorragies de la délivrance surviennent de façon inopinée [1]. De plus, la grande majorité des femmes présentant un ou plusieurs facteurs de risque ne fera pas d'hémorragie [5,10]. Le principe est donc que toute femme qui accouche est susceptible de présenter une hémorragie de la délivrance.

Lorsqu'un de ces facteurs de risques est identifié, selon les sociétés savantes, il est recommandé d'orienter la patiente vers un centre disposant d'un plateau médico-technique adapté (soins intensif maternels, produits sanguins labiles disponibles sur place, gynécologue-obstétricien et anesthésiste-réanimateur sur place 24 heures sur 24).

1.3.1 Les facteurs de risque antérieurs à l'accouchement [7, 10, 11]

- ✓ Tabagisme,
- ✓ Absence de suivi prénatal,
- ✓ Age maternel supérieur à 35 ans,
- ✓ Présence de myomes,
- ✓ Indice de masse corporelle supérieur à 30 kg/m²,
- ✓ Grande multiparité, [34]
- ✓ Surdistension utérine (macrosomie, grossesse multiple, hydramnios),
- ✓ Utérus cicatriciel,
- ✓ Troubles sévères de l'hémostase innés ou acquis,
- ✓ Antécédent d'hémorragie de la délivrance,

1.3.2 Les facteurs de risque liés au déroulement du travail et à l'accouchement [7, 10, 11, 31]

- ✓ Dystocie dynamique ou mécanique entraînant un travail long (supérieur à 12h) ou hypercinétique,
- ✓ Hématome rétro-placentaire,
- ✓ Prééclampsie,
- ✓ Infection ovulaire ou hyperthermie (supérieure à 38°C),
- ✓ Déclenchement artificiel du travail avec une phase de latence supérieure à 12 heures chez la nullipare et supérieure à 6 heures chez la multipare,
- ✓ Césarienne réalisée en urgence,
- ✓ Délivrance spontanée au cours d'une césarienne,
- ✓ Rétention placentaire,
- ✓ Extraction instrumentale difficile associée à une épisiotomie,
- ✓ Usage d'anesthésiques halogénés.

1.3.3 Les facteurs de risque en lien avec des anomalies d'insertion placentaire [7, 10, 11]

- ✓ Le placenta prævia: selon Garnier et Delamare, le placenta prævia est une « insertion anormale du placenta sur le segment inférieur de l'utérus ». [4]
- ✓ Placenta accreta: un placenta est dit accreta lorsqu'il existe une « adhérence pathologique du placenta à l'utérus. Les villosités adhèrent au myomètre sans interposition de caduque basale ». [4]

1.4 Le diagnostic positif

1.4.1 Les signes cliniques

On observe des signes cliniques et paracliniques plus ou moins marqués selon la gravité et la rapidité d'installation de l'hémorragie, de la simple intolérance maternelle au choc hémorragique. Ils dépendent de l'importance de l'hémorragie mais aussi de l'état hémodynamique préalable de la patiente.

✓ La spoliation sanguine

Le diagnostic se fait par association entre la forme de l'hémorragie et sa quantification.

L'hémorragie de la délivrance peut se présenter sous différentes formes qui sont [12] :

- Un flot de sang rouge ou noir d'apparition brutale,
- Un filet de gouttes à gouttes de sang,
- Des caillots s'évacuant à chaque contraction de l'utérus ou à l'expression,
- Une involution utérine supérieure à la normale (due à une distension de la cavité utérine en lien avec une hémorragie intra-utérine non extériorisée).

Cette hémorragie survient après l'expulsion du fœtus, le sang doit être recueilli et quantifié dès le début par un sac de recueil gradué mis en place systématiquement sous le siège de la patiente. Elle est définie par une perte sanguine de plus de 500 mL après un accouchement voie basse et plus de 1000 mL après une césarienne.

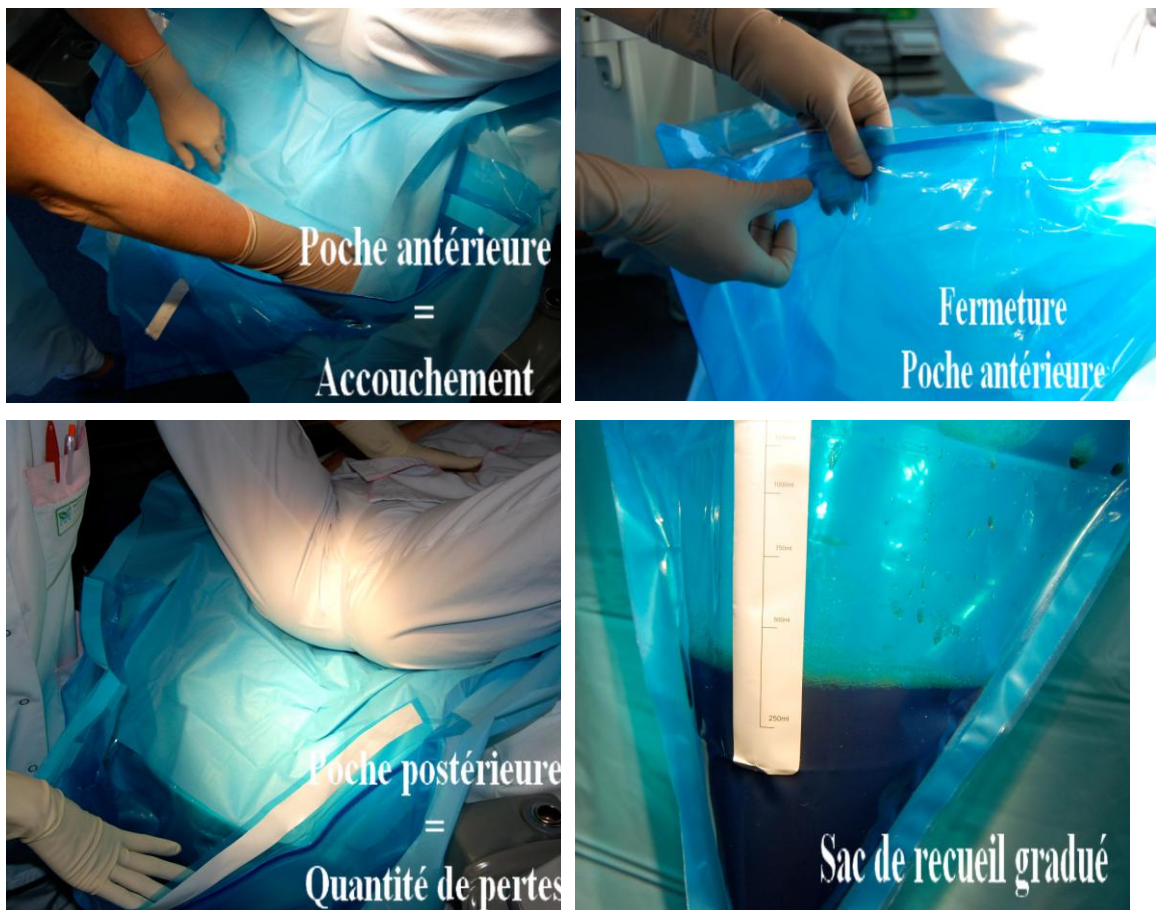
La quantité de sang doit être quantifiée le plus précisément possible et le plus tôt possible.

L'estimation visuelle de la spoliation est à bannir. En effet, d'après le Dr Tourné Gaudérique, médecin gynécologue obstétricien à Perpignan, et selon certaines publications, elle est sous-évaluée de 30 à 50% dans près de 40% des accouchements [13,14, 35]. En effet, dans

une étude datant de 1999 basée sur un comparatif entre des examens biologiques avant et après accouchement, la sous-estimation pourrait concerner 80% des naissances [15]. Le manque de sensibilisation du professionnel, l'apparence trompeuse du débit de la spoliation, l'absence d'utilisation du sac de recueil expliqueraient cette sous-estimation. L'hémorragie sous forme de caillot complique cette sous-estimation, il est alors recommandé de les peser.

Ainsi, toutes les sociétés savantes ont recommandé l'utilisation du sac de recueil car il permet un diagnostic pose plus rapidement donc une amélioration du pronostic vital de la patiente car la morbidité dépend de la précocité et rapidité de prise en charge.

Le sac de recueil est peu couteux, de forme conique, transparent, gradué, résistant et possède une double poche. La première poche, antérieure, est utilisée pour l'accouchement et les liquides issus de celui-ci comme le liquide amniotique, l'eau ou encore la Bétadine [13]. La deuxième poche, postérieure, placée immédiatement après l'expulsion du nouveau-né permet de quantifier les pertes sanguines dès le départ.



En cas de non utilisation du sac, il est possible de peser les tissus absorbants tels que les alèses, les champs, les compresses ou de contenir les pertes sanguines dans un contenant de type haricot (500 mL).

En cas de césarienne, l'utilisation de l'aspiration va permettre de quantifier les pertes. L'équipe du bloc opératoire repère les pertes de la délivrance jusqu'à la fin de la césarienne. La quantification est notée sur la feuille d'anesthésie per-opératoire.

✓ **L'état général de la patiente**

L'altération de l'état général et plus particulièrement le niveau de conscience de la patiente peut être le signe précurseur d'une hémorragie. Tout professionnel sera alors vigilant devant l'apparition [16,17] :

- D'un malaise jusqu'à la perte de connaissance
- D'une pâleur cutanée
- De sueurs
- D'angoisse
- D'une sensation de soif intense

✓ **La tonicité et l'involution utérine**

- Délivrance non réalisée

L'utérus peut être mou, dépourvu de toute activité contractile et situé largement au dessus de l'ombilic, alors le cordon ombilical remonte en même temps que le corps utérin.

Un enchatonnement du placenta peut également être observé, c'est une «rétention d'une partie du placenta, maintenue par une contraction irrégulière et spasmodique d'une région limitée de l'utérus ». [4]

- Délivrance réalisée

On observe le plus souvent une atonie utérine, avec absence de globe de sécurité : la vacuité de l'utérus doit alors être contrôlée. L'utérus est mou, peu ou pas contractile, perçu largement au-dessus de l'ombilic [16].

Le témoin de la bonne rétraction utérine est le globe de sécurité qui est défini par une « masse dure, globuleuse, facilement révélée par la palpation de l'abdomen, formée par le corps de l'utérus contracté et revenu sur lui-même après l'expulsion du délivre ». [4] Sa présence place la patiente à l'abri d'une hémorragie de la délivrance par inertie utérine.

1.4.2 Les signes paracliniques

Il est important de surveiller les paramètres maternels pendant et après l'accouchement afin de surveiller l'apparition : [16,17]

- D'une hypotension avec une pression systolique inférieure à 90 mmHg
- D'une tachycardie supérieure à 110 battements par minute
- D'un pouls filant
- D'une anémie

1.5 Le diagnostic différentiel

Il s'établit à l'aide d'une révision utérine et d'un examen sous valves pour observer des lésions du tractus génital ou constater la présence d'un hématome.

- ✓ **Les lésions du tractus génital:** elles peuvent provoquer une hémorragie contemporaine de la délivrance et concerner le col, les colonnes vaginales, une déchirure périnéale ou une épisiotomie. Il paraît alors essentiel de vérifier systématiquement l'origine du saignement pour tout accouchement.
- ✓ **La rupture utérine:** c'est une lésion non chirurgicale du muscle utérin, spontanée ou provoquée par une manœuvre obstétricale. L'hémorragie n'est pas toujours extériorisée, le diagnostic est alors posé lors d'une révision utérine ou d'une césarienne.
- ✓ **Le thrombus génital ou hématome paravaginal:** il est rare (1/1000 accouchements) et correspond à un décollement du tissu conjonctif paravaginal dont les plaies n'ont pas tendance à l'hémostase [18]. L'hémorragie est alors interne, peut être massive et fuser en rétropéritonéal. Le signe clinique principal est une douleur intense à la levée de l'analgésie péridurale.

1.6 Etiologies de l'hémorragie de la délivrance [19]

L'hémorragie de la délivrance est le signe d'un dysfonctionnement du mécanisme de la délivrance. Les étiologies peuvent être séparées en deux groupes en fonction du moment de l'apparition de l'hémorragie, c'est-à-dire avant ou après la délivrance.

1.6.1 Avant la délivrance

Il existe dans ce cas un défaut de clivage entre le placenta et le myomètre, le décollement est alors partiel.

✓ **Adhérence anormale**

Le placenta est anormalement adhérent au myomètre, la caduque habituellement présente entre le placenta et le myomètre étant absente.

Le placenta est dit alors accreta lorsque les villosités placentaires adhèrent au myomètre sans l'envahir. On parle de placenta increta lorsque ces villosités envahissent plus ou moins profondément le myomètre sans atteindre la séreuse. Enfin le placenta est percreta lorsque les villosités vont jusqu'à la séreuse, voire les organes voisins comme la vessie.

Le diagnostic est posé au moment de la délivrance et confirmé par l'examen anatomo-pathologique, il n'y a alors pas de plan de clivage entre le placenta et le myomètre, et la tentative de clivage forcée entre les deux provoque le plus souvent une hémorragie massive mettant en jeu le pronostic vital maternel.

✓ **Anomalie topographique**

Le clivage de la caduque est difficile car le placenta est mal inséré sur un utérus malformé, ou encore inséré sur le segment inférieur.

✓ **Enchatonnement**

Il y a un enchatonnement du placenta la plupart du temps au niveau d'une corne utérine, ou au-dessus d'un anneau de rétractation du segment inférieur.

1.6.2 Après la délivrance

✓ **L'atonie utérine**

L'atonie utérine ou inertie utérine est l'étiologie la plus fréquente (58%) des hémorragies de la délivrance [20]. Elle est la conséquence d'un défaut de rétractation de l'utérus qui perturbe alors le mécanisme d'hémostase physiologique.

L'atonie utérine est dite primitive lorsque l'étiologie provient uniquement de l'utérus, par un facteur antérieur à l'accouchement ou lié au contraire directement à l'accouchement.

L'atonie dite secondaire est liée à la rétention d'un cotylédon placentaire, à l'existence d'un cotylédon aberrant ou même à la rétention de membrane.

✓ **Les troubles de la coagulation**

Ils sont une étiologie extrêmement rare de l'hémorragie de la délivrance.

1.7 Les complications de l'hémorragie de la délivrance [19]

1.7.1 L'anémie maternelle et sa tolérance

La tolérance maternelle à l'anémie dépend de son état hémodynamique, hématologique anténatal et de la quantité de sang perdu.

L'hémorragie peut survenir sur un terrain normal, ou sur un terrain déjà anémique avant l'accouchement avec une hémoglobémie inférieure ou égale à 11 g pour 100 mL.

Nous pouvons observer des réponses physiologiques aux hémorragies induites par l'accouchement.

✓ Hémorragie entre 500 et 1000 mL

La tolérance maternelle est liée à deux facteurs qui sont l'hypervolémie induite par la grossesse et la rétraction utérine qui permet de réduire le contenant vasculaire et de renvoyer du sang dans la circulation maternelle. Dans ce cas d'hémorragie, on constate une faible variation de la pression artérielle et du débit cardiaque.

✓ Hémorragie supérieure à 1000 mL

Une hypovolémie s'installe et les phénomènes compensatoires ainsi que l'hémodynamique maternelle se trouvent rapidement inefficaces, la priorité est alors la perfusion des organes vitaux tels que le cœur, le cerveau, les poumons et le foie.

Ensuite, survient une phase de choc, dans un premier temps réversible car les modifications sont seulement fonctionnelles, puis irréversibles du fait des lésions organiques.

Enfin, des troubles sévères de l'hémostase comme une modification de la défibrination peuvent apparaître suite à une perte de facteurs de coagulation.

Les liens entre les pertes sanguines et les signes cliniques et paracliniques observés sont résumés dans le tableau suivant, selon M-J. Martel de la Société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada (SOGC) : [17]

		Volume des pertes sanguines			
		<1000 mL	1000-1500mL	1500-2000mL	>2000mL
Paramètres cliniques et paracliniques	Coloration cutanée	Normale	Pâle	Pâle	Grise
	Fréquence respiratoire (cycles par minute)	10-15	Légère augmentation	>25	>30
	Etat neurologique	Normal	Anxiété	Confusion	Léthargie, insensibilité
	Diurèse (mL/h)	>30	20-30	10-20	0-10
	Pression artérielle systolique	Normale	Normale	Diminuée	Effondrée
	Pression artérielle diastolique	Normale	Augmentée	Diminuée	Effondrée
	Fréquence cardiaque (bpm)	<100	100-120	120	>120
	Recoloration capillaire	Normale	Retardée	Lente	Indéetectable
<u>Paramètres cliniques et paracliniques maternels en fonction des pertes sanguines</u>					

1.7.2 Le choc hémorragique [17]

Il résulte directement de l'hémorragie et met en jeu le pronostic vital maternel. Le diagnostic doit être posé très rapidement afin de mettre en place une prise en charge adaptée.

Une hémorragie importante entraîne une hypovolémie qui mène alors à une hypoperfusion des organes vitaux. Une vasoconstriction est alors en place pour assurer en priorité l'irrigation des organes nobles tels que le cœur, les poumons, le foie et le cerveau.

En conséquence, une hypoperfusion par exemple des reins peut aller jusqu'à une nécrose des néphrons qui nécessitera une dialyse d'où l'importance de vérifier sans cesse les entrées des abords veineux et la diurèse pour éviter l'insuffisance rénale.

Le tableau suivant montre les caractéristiques cliniques du choc hémorragique, en phase initiale et en phase avancée, selon la SOGC : [17]

Système	Phase initiale de choc	Phase avancée de choc
SNC	Etat mental altéré	Perte de sensibilité
Cardiaque	Tachycardie Hypotension orthostatique	Défaillance cardiaque Arythmies Hypotension
Rénal	Oligurie	Anurie
Respiratoire	Tachypnée	Tachypnée Insuffisance respiratoire
Hépatique	Aucun changement	Insuffisance hépatique
Gastro-intestinal	Aucun changement	Saignement muqueux
Hématologique	Anémie	Coagulopathie
Métabolique	Aucun	Acidose Hypocalcémie Hypomagnésémie
<u>Réactions des systèmes anatomiques face au choc hémorragique</u>		

1.7.3 La coagulation intravasculaire disséminée (CIVD)

L'hémorragie sévère entraîne une perte des facteurs de la coagulation, principalement le fibrinogène. Un remplissage vasculaire rapide est nécessaire afin d'en retarder l'apparition.

1.7.4 La mort cellulaire

Le choc hémorragique et la coagulation intravasculaire disséminée entraînent une dysfonction cellulaire, puis une mort cellulaire qui provoque alors la défaillance de plusieurs organes de façon irréversible.

A ce stade de l'hémorragie, le taux de mortalité dépasse les 30%.

1.8 La prévention et la prise en charge de l'hémorragie de la délivrance selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2004 [3]

1.8.1 Le principe de base

Toute femme enceinte sur le point d'accoucher doit avoir effectué une consultation d'anesthésie et également un bilan sanguin de référence qui comprend une numération formule sanguine, le nombre de plaquettes, les facteurs de la coagulation et les temps de coagulation (crase sanguine). Ce bilan sanguin fait partie du bilan obligatoire à réaliser en lien avec la consultation d'anesthésie à la fin du 8^{ème} mois de grossesse ou au début du 9^{ème}.

La femme doit toujours porter sur elle sa carte de groupe sanguin génotypée et phénotypée avec deux déterminations valides, ainsi qu'une recherche d'agglutinines irrégulières datant de moins d'un mois, ou de moins de trois jours s'il existe un haut risque hémorragique ou si elle est dans le cas d'une césarienne programmée.

Si le risque d'hémorragie du post-partum est élevé donc en cas de placenta recouvrant, de suspicion de placenta accreta ou de troubles sévères de l'hémostase, une numération formule sanguine aura été prescrite, suivie en fonction d'une prescription d'un traitement par fer et par folates selon une conduite à tenir définie.

1.8.2 La prévention clinique et pharmacologique de l'hémorragie de la délivrance au moment de l'accouchement

La Haute Autorité de Santé recommande vivement la pratique de la délivrance dirigée qui consiste en une injection intraveineuse directe de 5 UI d'ocytocine au dégagement de l'épaule antérieure de l'enfant. Le but de la délivrance dirigée est de limiter le temps entre l'expulsion du nouveau-né et la délivrance, le bolus d'ocytocine déclenche une forte contraction utérine entraînant le décollement du placenta. La prise en charge de la délivrance doit être active et comporter un minimum de gestes cliniques : pour aider au décollement du placenta, une main doit effectuer une traction contrôlée du cordon, l'autre main qui est abdominale doit faire une contrepression sus pubienne.

Cette injection de prévention de l'hémorragie de la délivrance peut aussi être faite en intramusculaire ou intraveineuse après l'expulsion du placenta (on pourra alors utiliser 10 UI d'ocytocine). Si l'utérus est hypotonique, il faut masser l'utérus.

Après l'accouchement de l'enfant, le sac de recueil gradué doit être placé sous les fesses de la patiente afin de quantifier le plus précisément possible la spoliation sanguine.

Le temps entre la naissance de l'enfant et le début de la suture si elle est nécessaire doit être réduit au maximum. [33]

Le placenta doit systématiquement être examiné pour tout accouchement par voie basse : la galette placentaire, les membranes et ses cotylédons, le cordon ombilical. La notification du mode de délivrance est importante, le mode Duncan c'est-à-dire une expulsion de la face maternelle en premier, étant plus hémorragique que le mode Baudelocque c'est-à-dire une expulsion de la face foetale en premier.

S'il y a rétention de cotylédons ou de membranes, il faut effectuer une révision utérine. Si le placenta n'est pas expulsé au bout de 30 minutes, une délivrance artificielle doit être réalisée, suivie d'une révision utérine.

La surveillance clinique et paraclinique de l'accouchée doit être régulière pendant les deux premières heures après l'accouchement soit toutes les 30 minutes minimum. Doivent être contrôlés la tension artérielle, la fréquence cardiaque, la qualité du globe utérin et la quantification des pertes.

1.8.3 La prise en charge initiale de l'hémorragie de la délivrance selon les recommandations de la HAS

La communication de la situation à tous les intervenants potentiels est essentielle: sage-femme, médecin gynécologue-obstétricien (MGO), médecin anesthésiste-réanimateur (MAR), infirmier anesthésiste diplômé d'Etat (IADE), infirmier de bloc diplômé d'Etat (IBODE) et aide-soignante (AS) ou auxiliaire de puériculture (AP).

L'heure de diagnostic est primordiale car elle chronomètre et oriente toute la prise en charge. Elle est vitale pour la patiente et indispensable pour les professionnels.

La quantification des pertes sanguines doit être faite à l'aide du sac de recueil gradué afin d'en avoir un résultat exact, qui rend compte du degré d'urgence de la prise en charge. Plus la quantification est fiable, plus la prise en charge sera précoce et le pronostic maternel amélioré.

Certaines sources comme la fédération de gynécologie-obstétrique des hôpitaux universitaires de Strasbourg recommandent de mettre la patiente en position de Trendelenburg[21, 22, 23].

Un relevé chronologique des éléments de surveillance et de prise en charge se fait sur une feuille spécifique, toute la démarche doit être tracée. La mise en condition minimale de la patiente comprend une voie veineuse fonctionnelle en place avec une expansion volémique aux

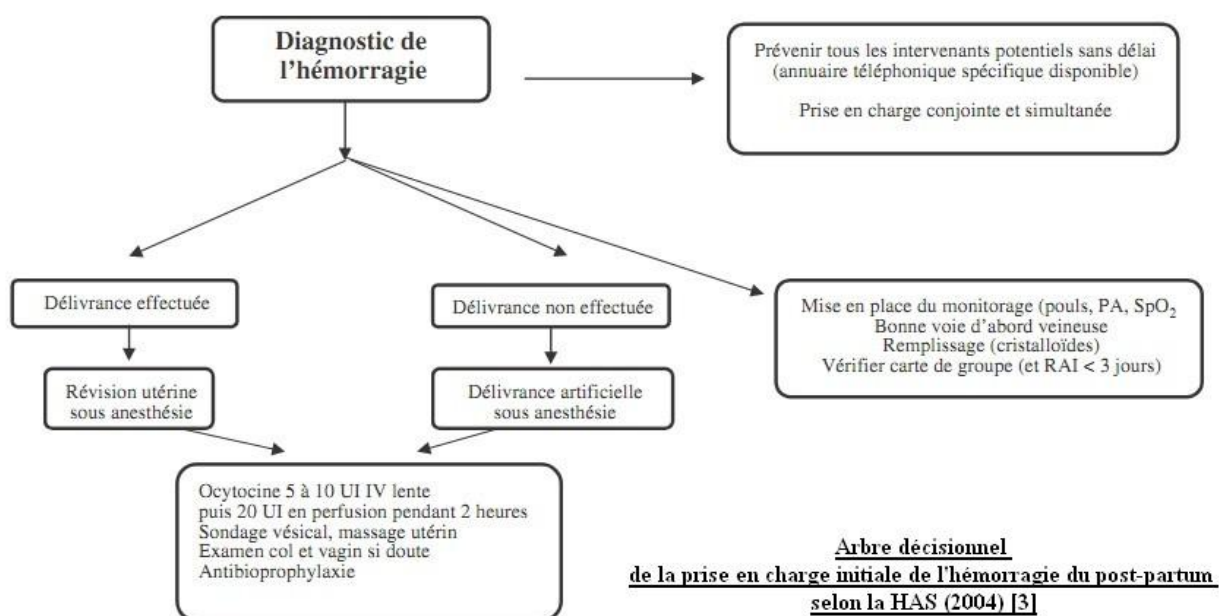
cristalloïdes et une surveillance des paramètres avec un scope, une mesure de la tension artérielle non invasive et un oxymètre de pouls.

Sont à faire systématiquement un massage de l'utérus et un sondage vésical évacuateur.

L'anesthésie doit également être adaptée à la prise en charge, en fonction de la présence ou non d'une analgésie péridurale, et de l'heure et du dosage du dernier bolus.

Un examen de la filière génitale sous valves est recommandé en cas de suspicion de lésion cervico-vaginale, ou systématique si une anesthésie générale est mise en place. [36]

Les gestes endo-utérins réalisés si nécessaire doivent être accompagnés d'une antibiothérapie à large spectre.



1.8.4 Prise en charge de l'hémorragie de la délivrance qui s'aggrave après 15/30 minutes

La prise en charge est conjointe et simultanée pour tous les intervenants.

Un examen du col et du vagin est réalisé s'il n'a pas déjà été effectué.

Le traitement est dans ce cas du sulprostone (Nalador®) en intraveineuse par seringue électrique, de 100 à 500 µg/h, puis un relais par ocytociques 10 à 20 UI en intraveineuse pendant deux heures.

Il existe deux méthodes quant à l'utilisation du sulprostone. Son utilisation implique la surveillance des paramètres maternels et de l'évolution de l'hémorragie. Il est en général injecté

par voie veineuse : une ampoule de 500 µg de sulprostone et du NaCl dans une seringue de 50mL.

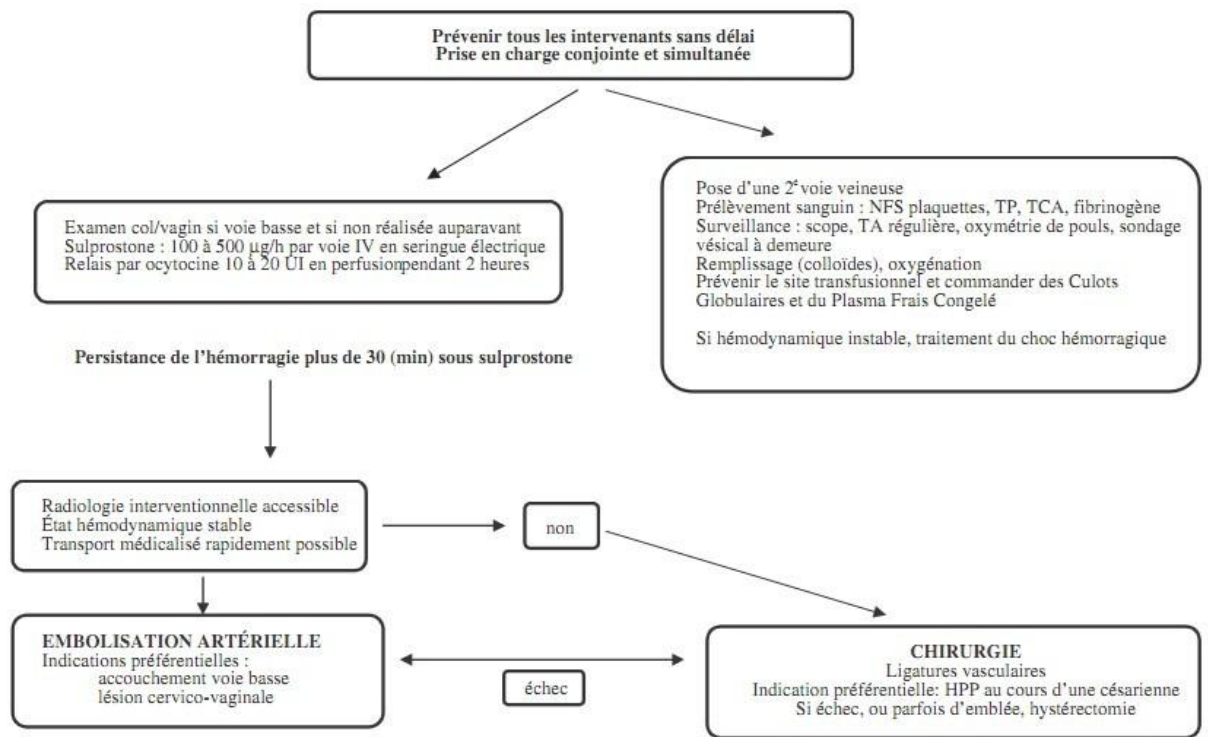
Dans la première méthode, le débit de perfusion de base est 1,7 µg/mn et il est augmenté en fonction de l'efficacité sans jamais dépasser 8,3 µg/mn, soit le passage d'une ampoule en une heure [24]. La seconde méthode présente un débit de perfusion supérieur dès le départ, puis il est diminué jusqu'à l'arrêt du saignement.

On posera également une deuxième voie veineuse fonctionnelle avec un remplissage aux colloïdes, et un bilan sanguin sera effectué comprenant la numération formule sanguine, les plaquettes, le taux de prothrombine, le temps de céphaline activé et le fibrinogène. La surveillance des paramètres reste identique, on apportera de l'oxygène à la patiente. Un HemoCue[®] peut être réalisé, donnant le taux d'hémoglobine de la patiente en soixante secondes, avec une goutte de sang prélevée sur le bout d'un doigt ou au lobe d'une oreille de la patiente.

On veillera également à installer une sonde urinaire à demeure à la patiente.

Le site transfusionnel devra être prévenu, des culots globulaires et du plasma frais congelés seront commandés. En cas de transfusion, un dossier transfusionnel sera créé. La circulaire DGS/DHOS/AFSSAPS N° 03/582 du 15 décembre 2003 relative à la réalisation de l'acte transfusionnel décrit le dossier transfusionnel comme faisant partie du dossier médical du patient : « Il regroupe les informations indispensables à la sécurité transfusionnelle. Chaque établissement de santé ou centre de santé d'un établissement de transfusion sanguine, établit un mode de gestion manuelle ou informatique des documents constituant ce dossier transfusionnel, afin d'établir le fichier des receveurs de produits sanguins labiles et d'assurer une traçabilité des produits sanguins labiles tout en sauvegardant son accessibilité. » [38]

Après 30 minutes de traitement sous sulprostone, si l'hémorragie persiste, des techniques invasives d'hémostase seront mises en place. Si un transport médicalisé rapide est possible pour une accessibilité à un plateau technique de radiologie interventionnelle, et que l'état hémodynamique de la patiente est stable, une embolisation artérielle est pratiquée. Dans le cas contraire ou en cas d'échec de l'embolisation, des méthodes chirurgicales sont envisagées allant de la ligature vasculaire à l'hystérectomie d'hémostase.



**Arbre décisionnel
de la prise en charge de l'hémorragie du post-partum qui s'aggrave
d'après la HAS (2004) [3]**

Ainsi, devant toute hémorragie de la délivrance, les professionnels doivent établir une prise en charge chronologique en fonction de l'heure de diagnostic et de l'efficacité de la prise en charge, qui est réévaluée toutes les 30 minutes.

1.8.5 Les autres thérapeutiques

✓ L'acide Tranexamique

L'acide Tranexamique ou Exacyl®, est un anti-fibrinolytique utilisé en cas d'accident hémorragique, il peut être utilisé en association avec le Nalador® dans les cas d'hémorragie non jugulée après 30 minutes. Dans le protocole du CHR Metz-Thionville, le dosage est de 2g en intraveineuse lente pendant 5 à 10 minutes puis 1g par heure pendant 4 heures.

✓ Le misoprostol

Une étude effectuée au CHU de Marseille de janvier 2002 à mars 2003 a montré l'efficacité du misoprostol par voie rectale pour le traitement de l'hémorragie majeure de la délivrance par atonie utérine et résistante à l'ocytocine. L'hémorragie s'est arrêtée pour 26 patientes sur 41 (63%) avec 5 comprimés de misoprostol par voie rectale, c'est-à-dire 1000 µg. Au total, chez 36 patientes sur 41 (87%) l'hémorragie s'est arrêtée en associant l'ocytocine, le misoprostol et le sulprostone, cinq patientes n'ont pas répondu et ont nécessité un traitement chirurgical. [25]

✓ **Le ballonnet de Bakri**

Le ballonnet de Bakri a été au centre d'une étude à Poissy-Saint-Germain pour évaluer son efficacité dans la réduction des procédures invasives lors de la prise en charge des hémorragies graves du post-partum immédiat. Il en a été conclu que le tamponnement par ballonnet de Bakri a une réelle efficacité sur la diminution des procédures invasives. [26]

2 L'hémorragie de la délivrance: une situation à risqué médico-légal

L'activité en salle de naissance est en globalité une activité à haut risque juridique et pénal. L'hémorragie de la délivrance fait partie des situations cliniques à risque médico-légal et ceci à chaque niveau de prise en charge, de l'individuel à l'institutionnel.

2.1 Le risque obstétrical [37]

L'obstétrique est une des activités les plus à risque d'un point de vue médical.

En effet, la grossesse et l'accouchement comportent un risque quelle que soit la situation, il faut accepter la survenue d'un événement non prévisible. La prise en charge d'une grossesse ou d'un accouchement est donc fortement variable dans le temps ou d'un pays à l'autre.

La mise à jour des connaissances en gynécologie et obstétrique des professionnels de santé est un travail permanent, d'un point de vue médical et chirurgical.

Enfin, l'obstétrique tient compte de deux vies : celle de la mère et celle de l'enfant. La patiente, dans la grande majorité des cas est une femme jeune, en bonne santé, qui doit donner la vie mais qui peut être confrontée à des conséquences gravissimes.

2.2 La mortalité maternelle [6]

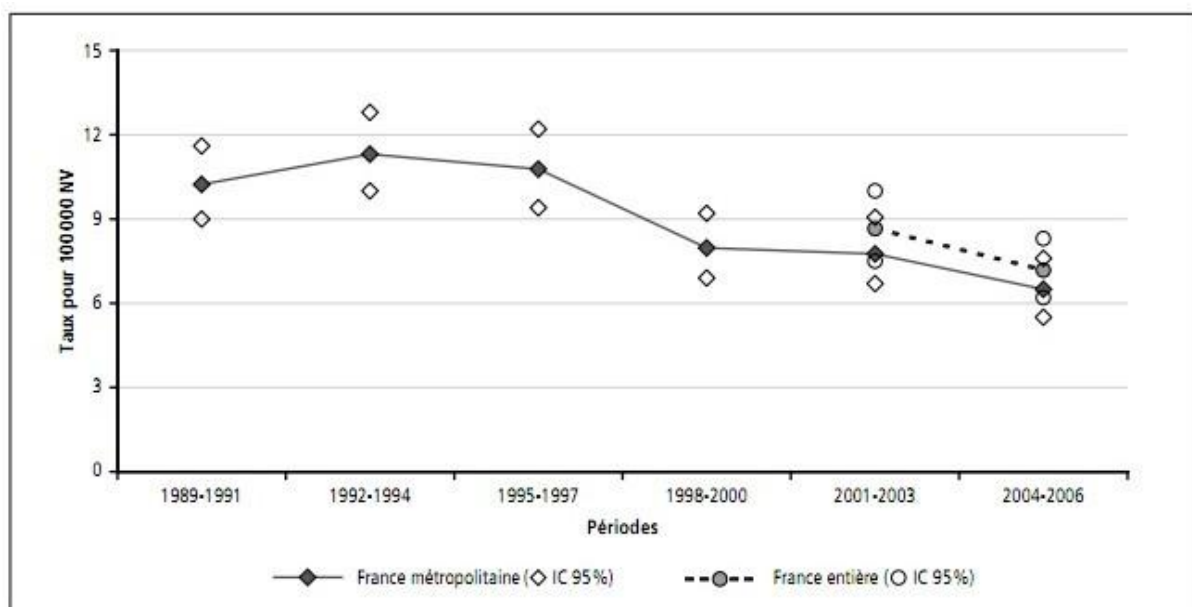
D'après la classification internationale des maladies de l'organisation mondiale de la santé, la mort maternelle est « le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle, ni fortuite ». Les morts maternelles sont ensuite classées sous deux groupes, par cause obstétricale directe ou indirecte.

Le décès par hémorragie de la délivrance est classé comme cause obstétricale directe c'est-à-dire « résultant de complications obstétricales (grossesse, travail et suites de couches), d'interventions, d'omissions, d'un traitement incorrect ou d'un enchaînement d'événements résultant de l'un quelconque des facteurs ci-dessus ». [30]

Le taux de mortalité est le rapport du nombre de décès maternels, constatés en une année, aux naissances vivantes de la même année.

La mortalité maternelle est étudiée depuis plus de 15 ans par l’OMS. Le taux de la France est de 7,4 décès pour 100 000 naissances, il est comparable à ceux du Royaume-Uni (7,2), de la Finlande (7,9) ou des Pays-Bas (8,8). Dans tous ces Etats, il existe un système renforcé de surveillance de la mortalité maternelle, mais les taux sont toujours supérieurs à celui de la Suède qui est de 2,0 pour 100 000 accouchements.

En France entre 2001 et 2006, on dénombre entre 60 et 80 décès maternels chaque année, la tendance étant significativement à la baisse.



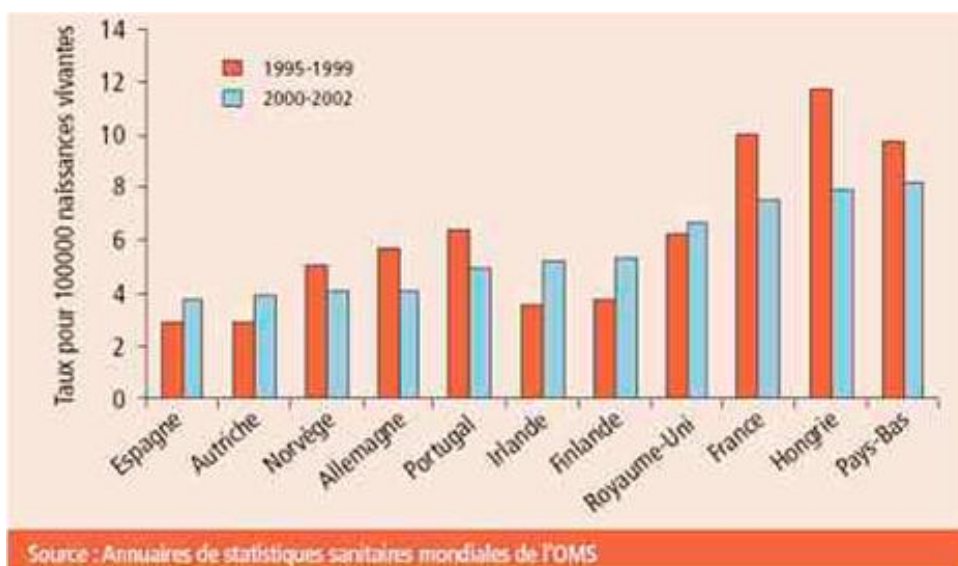
Evolution des taux officiels de mortalité maternelle en France depuis 1989, par périodes triennales, taux pour 100 000 naissances vivantes [6]

Les facteurs sociodémographiques qui ont un impact sur la mortalité sont l’âge de la patiente, avec une moyenne de 33,4 ans, et la nationalité, sachant que les femmes de nationalité non européennes sont les plus touchées.

2.2.1 L’hémorragie, première cause de décès maternel en France

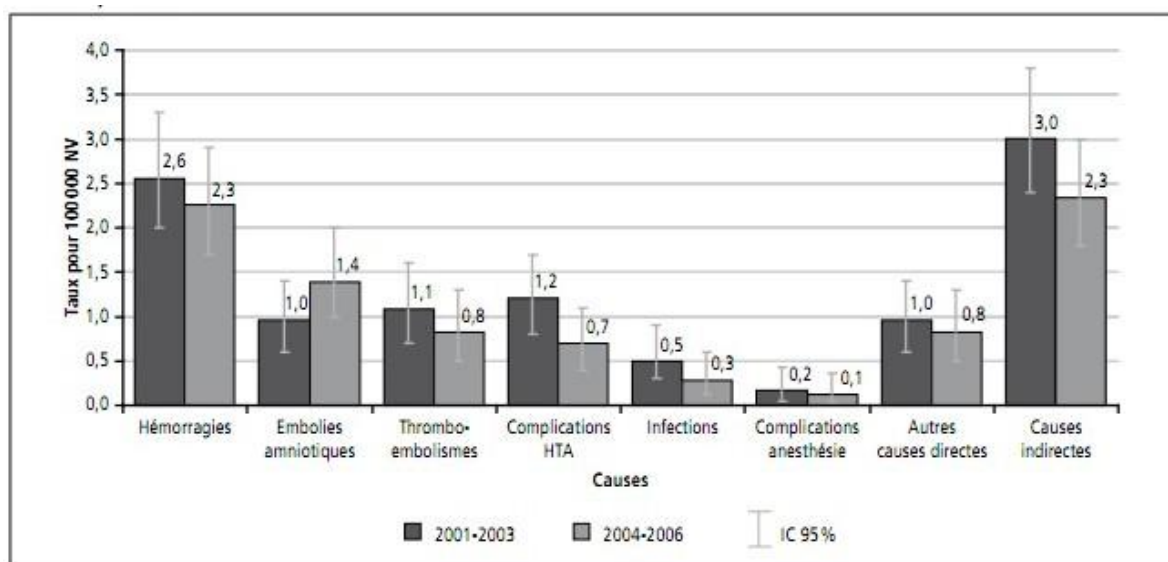
La France est le troisième pays d’Europe dans lequel la mortalité est la plus élevée. Les hémorragies du post-partum représentent 20 à 25% des causes de décès [9]

En Europe, la mortalité maternelle est variable selon les pays mais globalement et selon l'Organisation Mondiale de la Santé les fréquences ont diminué entre les périodes 1995-1999 et 2000-2002.. [9]



Mortalité maternelle en Europe Taux pour 100 000 naissances vivantes
Comparaison entre les périodes
1995-1999 et 2000-2002

Les causes obstétricales directes représentent 73% des décès maternels, principalement en raison des hémorragies qui causent 25% des décès, les hémorragies du post-partum à elles seules y participent pour 16% entre 2004 et 2006. [9]



Taux spécifiques de mortalité par grand groupe de causes obstétricales, France, 2001-2003 et 2004-2006 [6]

2.3 L'hémorragie, la première cause de décès maternel évitable [6]

Selon le comité national d'experts sur la mortalité maternelle, 50% des décès maternels seraient évitables.

80% des décès évitables sont liés à une hémorragie.

Les principales raisons d'évitabilité sont le retard de diagnostic ou d'intervention, le diagnostic non fait ou erroné, le traitement inadéquat ou mis en œuvre trop tardivement.

Selon l'institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), l'absence de médecin anesthésiste-réanimateur dans la structure 24h/24 multiplie par trois le risque de prise en charge non optimale. [9,27]

Le facteur temps est primordial, le diagnostic doit être posé le plus rapidement possible, car l'anémie s'aggrave, les troubles de la coagulation s'installent et la situation est rapidement irréversible.

Il est indispensable que les professionnels de santé connaissent les recommandations de la Haute Autorité de Santé de 2004 concernant les hémorragies du post-partum, et les recommandations de prise en charge en fonction du facteur temps afin d'éviter une perte de temps augmentant la morbidité.

On rappellera également que l'hémorragie doit être quantifiée le plus objectivement possible, à l'aide du sac de recueil gradué, et non estimée visuellement.

Une grande vigilance de la part des professionnels de santé est requise pour repérer le moindre symptôme anormal afin d'accélérer la pose du diagnostic et le début du traitement adéquat.

2.4 L'importance du dossier médical et de la traçabilité [29]

Le référentiel « Métier et compétences sage-femme » de 2007 place la sage-femme au centre du diagnostic et de la prise en charge de l'hémorragie de la délivrance. Selon ce document, la sage-femme doit effectuer un suivi et assurer la continuité de la prise en charge en transmettant dans le dossier les données médicales et les gestes effectués pour assurer une transmission écrite. [28]

Le dossier médical est, d'après les professeurs F. Kohler et E. Toussaint, « l'ensemble des informations médicales, soignantes, sociales et administratives, qui permettent d'assurer la prise en charge harmonieuse et coordonnée d'un patient en termes de soins et de santé par les différents professionnels qui en assurent la prise en charge. C'est à partir du dossier que l'on

assure la traçabilité de la démarche de prise en charge et c'est à partir de vues différentes des données qu'il contient que l'on élabore des bilans d'activité et des travaux de recherche. Enfin, les dossiers servent à l'enseignement ».

Un dossier médical de qualité dans les pratiques médicales améliore les soins du patient ainsi que les rapports et la communication avec ces derniers. Il facilite également le travail en équipe par les transmissions interprofessionnelles. Mais surtout, il offre une meilleure gestion des conflits et des contentieux. Le dossier médical est une preuve en cas de mise en cause de la qualité des soins.

Selon la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, le dossier médical est un outil de communication partageable par tous les professionnels prenant en charge le patient et avec ce dernier, tout professionnel est soumis aux obligations afférentes à son statut et à ses compétences dans la bonne tenue du dossier. L'identité des professionnels intervenants auprès du patient doit également y figurer.

La qualité de la gestion du dossier médical sur support papier ou informatique est devenu aujourd'hui un enjeu de responsabilité.

En cas de procès, le dossier médical constitue le scénario de l'affaire, pour chaque patiente doit être tenu un dossier en triptyque :

- ✓ évolution de la grossesse,
- ✓ déroulement de l'accouchement et des suites de couches,
- ✓ surveillance fœtale et du nouveau-né.

Il convient de joindre au dossier les examens de laboratoire, les comptes rendus échographiques (datation, dépistage des malformations fœtales, vérification de la présentation, localisation placentaire, biométrie fœtale, amnioscopie). Les dates d'examen, le diagnostic porté, la conduite à tenir et le détail des prescriptions doivent également y figurer. Il est nécessaire de conserver les tracés de monitoring et de noter avec précision les motifs et les heures d'appels des médecins. Le mot d'ordre de la tenue de ces informations est « rigueur ».

Dans le cadre médico-légal, un principe existe : ce qui n'est pas tracé est considéré comme non fait.

Il est impératif de conserver dans le dossier un compte-rendu d'intervention précis et/ou un rapport circonstancié en cas de tout événement indésirable.

Nous rappellerons que la plupart des dossiers médicaux sont conservés au moins 30 ans, mais l'accès au dossier par le patient ou les ayants-droit n'est pas réglementairement limité dans le temps.

La loi du 4 mars 2002 dans l'article L.1142-28 dit : « Les actions tendant à mettre en cause la responsabilité des professionnels de santé ou des établissements de santé publics ou privés à l'occasion d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins se prescrivent par 10 ans à compter de la consolidation du dommage ».

La mauvaise tenue ou la non conservation du dossier médical engage la responsabilité juridique de l'établissement et/ou du professionnel de santé, et est considérée comme une faute professionnelle. Elle engage une sanction disciplinaire.

3 La sage-femme : une place centrale dans la prise en charge de l'hémorragie de la délivrance et sa traçabilité

La sage-femme, très souvent seul professionnel médical présent continuellement auprès des parturientes et des accouchées, sera amenée à poser le diagnostic de l'hémorragie de la délivrance et de la stratégie de prise de charge le plus tôt possible et à en assurer le suivi et la continuité.

Il est nécessaire ici de rappeler le statut particulier de la sage-femme, ses compétences, et sa place par rapport aux autres professionnels de santé.

3.1 Sage-femme, une profession médicale

La profession de sage-femme est une profession médicale à compétences définies régie par le code de la santé publique et le code de déontologie des sages-femmes. L'article L-4151-1 du code de la santé publique définit l'exercice de la profession de sage-femme et rappelle qu'il comporte « la surveillance et la pratique de l'accouchement et des soins postnataux à la mère et à l'enfant ».

La sage-femme évolue dans le contexte dual de sa profession, elle est autorisée à pratiquer seule les actes entrant dans le cadre de son exercice, mais elle exerce aussi des actes sur prescription, ou en présence d'un médecin.

3.2 Les compétences

3.2.1 Les compétences théoriques et cliniques

Selon les articles R.4127-326 du code de déontologie et L.4151-3 du code de la santé publique, la surveillance clinique de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches a

pour objectifs de dépister les pathologies maternelles et fœtales, qui doivent alors être adressées à un obstétricien ou à un pédiatre.

Les études de sage-femme ont une durée de 5 ans depuis 2002, avec la validation de la première année commune aux études de santé depuis 2011 puis l'obtention d'une licence et d'un master en maïeutique, que les premiers étudiants posséderont en 2015. Avant cette nouvelle réforme, la première année du premier cycle des études de médecine devait être validée, puis le diplôme d'Etat de sage-femme obtenu après quatre années d'école.

Ces études comprennent des cours théoriques et des stages cliniques, et permettent d'apprendre à poser un diagnostic et d'établir une conduite à tenir.

3.2.2 Les compétences techniques

Les actes techniques nécessaires au diagnostic et à la surveillance de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches sont autorisés par l'article R.4127-318 du code de la santé publique (code de déontologie des sages-femmes). On rappellera que ces investigations ou actes nécessitent la maîtrise parfaite de la technique et de l'appréciation des résultats.

Les actes autorisés en rapport avec l'hémorragie de la délivrance sont :

- ✓ La réalisation de l'accouchement, de la délivrance
- ✓ L'examen du placenta
- ✓ L'épisiotomie et la réfection de celle-ci si elle est non compliquée, la restauration immédiate des déchirures superficielles du périnée
- ✓ La délivrance artificielle et la révision utérine, à l'exclusion des cas d'utérus cicatriciel, et en cas de besoin, la demande d'anesthésie auprès du médecin anesthésiste-réanimateur peut être faite par la sage-femme. Cette compétence est inscrite au code de déontologie de la profession de sage-femme depuis 2006 afin de diminuer la morbidité maternelle.
- ✓ La traçabilité du début du travail jusqu'à la sortie de la maternité

3.3 La sage-femme et les autres intervenants [40]

L'article R.4127-307 du code de la santé publique dit « La sage-femme ne saurait aliéner son indépendance professionnelle ».

3.3.1 La sage-femme et le médecin gynécologue-obstétricien

Selon l'article L.4151-3 du Code de la santé publique, en cas de pathologie, la sage-femme doit faire appel au médecin. Elle en est dispensée en cas de force majeure, ou en cas d'absence du médecin et de danger immédiat, alors la sage-femme est autorisée à intervenir elle-même dans l'intérêt de la parturiente.

C'est à la sage-femme de dépister les situations dans lesquelles le médecin doit être appelé, c'est sa responsabilité que l'on recherchera en cas d'erreur, et selon la Cour de Cassation celle-ci est aussi engagée en cas de retard d'appel. Seule la responsabilité du médecin gynécologue-obstétricien est recherchée lorsque l'enquête démontre que la sage-femme a informé le médecin du caractère pathologique de la situation.

Le partage des responsabilités entre le médecin gynécologue-obstétricien et la sage-femme suit la répartition des compétences reconnues à chacun, d'où l'importance de connaître et de reconnaître les compétences de chacun.

3.3.2 La sage-femme et le médecin anesthésiste-réanimateur

Le médecin anesthésiste-réanimateur de garde doit être immédiatement disponible en cas de complication éventuelle pendant tout le travail de la parturiente en salle de naissance. Si la sage-femme ne parvient pas à le joindre, son absence est alors fautive et sa responsabilité pourra être engagée.

La sage-femme est autorisée à pratiquer les réinjections par la voie du dispositif mis en place par le médecin anesthésiste-réanimateur sous la responsabilité de ce dernier, et chacune de ces réinjections doit se réaliser suivant un protocole établi par le médecin anesthésiste-réanimateur.

3.4 Missions de la sage-femme au cours de la prise en charge

Le référentiel « Métier et compétences sage-femme » place véritablement la sage-femme au cœur de la prise en charge de l'hémorragie de la délivrance. [28]

La sage-femme :

- ✓ Accueille la patiente
- ✓ Identifie les facteurs de risque hémorragique, en réalisant une anamnèse et un examen général
- ✓ Réalise l'accouchement et la délivrance

- ✓ Quantifie les pertes
- ✓ Pose le diagnostic d'hémorragie
- ✓ Met en place la prise en charge en cas de diagnostic de l'hémorragie
- ✓ Sollicite d'autres professionnels, informe du diagnostic et du degré d'urgence
- ✓ Conditionne la patiente
- ✓ Réalise les prélèvements sanguins nécessaires
- ✓ Veille à la coordination des différents intervenants et travaille en collaboration étroite avec ces derniers
- ✓ S'assure que le professionnel qui prend le relais a bien reçu les informations
- ✓ Assure une traçabilité écrite des appels, diagnostic, actes thérapeutiques et décisions prises par l'équipe pluridisciplinaire
- ✓ Suit l'évolution de la patiente en adaptant les thérapeutiques
- ✓ Etudie rétroactivement le dossier pour analyser et améliorer sa pratique, et s'assurer de la traçabilité complète
- ✓ S'assure que la patiente a compris la situation et informe la famille en coordination avec le reste de l'équipe médicale

Partie 2

1 Méthodologie de recherche

1.1 Problématique

Aujourd'hui, l'hémorragie de la délivrance est la première cause de mortalité maternelle en France. Une traçabilité écrite est le seul témoin d'une prise en charge optimale de cette urgence obstétricale. Face à la gestion d'une urgence vitale et à l'impact médico-légal, comment assurer une traçabilité optimale et instantanée de la prise en charge de l'hémorragie de la délivrance ?

1.2 Hypothèses

- ✓ Face à cette urgence vitale, l'acte médical étant priorisé, il existe un défaut de traçabilité car elle est réalisée a posteriori.
- ✓ Il manque un outil adapté qui permet d'avoir une traçabilité in vivo chronologique du début du diagnostic jusqu'à la fin de la prise en charge.
- ✓ La sage-femme occupe une place centrale dans la traçabilité de la prise en charge.

1.3 Objectifs

- ✓ Analyser la traçabilité des prises en charge de l'hémorragie de la délivrance afin d'en découvrir les failles.
- ✓ Aider les professionnels de santé à tracer de manière optimale et instantanée la prise en charge de l'hémorragie de la délivrance.

1.4 Présentation de l'étude

✓ Type de l'étude

Afin de pouvoir répondre aux objectifs, j'ai effectué une étude ciblée rétrospective sur dossiers qui a pour thème de la traçabilité de la prise en charge de l'hémorragie de la délivrance.

✓ Lieu de l'étude et population étudiée

Mon étude a été effectuée au sein du CHR Metz-Thionville comprenant l'Hôpital Maternité de Metz (HMM) et la maternité Bel Air de Thionville, tous deux étant des établissements de niveau IIB.

La population étudiée réunit tous les cas d'hémorragie de la délivrance au sein du CHR Metz-Thionville survenus entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2011.

Ainsi 103 dossiers d'hémorragies de la délivrance ont été étudiés sur les 4690 naissances de l'année 2011 du CHR Metz-Thionville.

Ces deux maternités ont déjà effectué des démarches de sensibilisation à la prévention et à la prise en charge de l'hémorragie de la délivrance.

En effet, ces deux maternités ont participé de novembre 2010 à février 2011 au projet Compaq-HPST (Coordination pour la Mesure de la Performance et de l'Amélioration de la Qualité-Hôpital Patient Sécurité Territoire) qui est un audit clinique national coordonné par l'INSERM, ainsi qu'à l'enquête Hera qui a pour but d'évaluer l'impact des stratégies de prévention et de diagnostic précoce de l'hémorragie du post-partum.

Les services de salle de naissance du CHR Metz-Thionville ont également réalisé un travail visant à améliorer la traçabilité. Cela a permis l'incorporation dans le dossier médical d'une fiche complémentaire pour le partogramme (ANNEXE I) à la fin du mois d'avril 2011, et également une feuille spécifique disponible pour la prise en charge de l'hémorragie du post-partum à l'essai à la maternité Bel Air (ANNEXE II). En Juin 2011, les résultats de ces études ont été présentés aux professionnels de santé, et un mode d'emploi du sac de recueil gradué (ANNEXE III) a été affiché dans chaque salle d'accouchement, ce dernier étant disponible pour tout accouchement.

✓ **Critères d'inclusion**

Les critères d'inclusion comprennent toute patiente ayant présenté une hémorragie de la délivrance de plus de 500 mL après un accouchement voie basse ou 1000 mL après une césarienne, survenant dans les 24 premières heures après l'accouchement.

✓ **Critères d'exclusion**

Les hémorragies du post-partum d'origine non-utérine ont été exclues, comme les sutures hémorragiques.

✓ **Durée de l'étude et méthodologie**

L'étude a été effectuée entre le 27 décembre 2011 et le 6 janvier 2012 au sein de l'Hôpital Maternité de Metz (HMM) et de la maternité Bel Air de Thionville.

Les dossiers des cas d'hémorragies de la délivrance de l'HMM et de la maternité Bel Air ont été mis à ma disposition après accord des chefs de pôles et des cadres. La méthodologie employée a consisté en une double vérification : à partir des statistiques issues des registres de naissance, et à partir du listing de l'enquête Hera.

L'ensemble des différents dossiers des patientes (dossier grossesse, dossier accouchement dont le partogramme, dossier anesthésie et feuille de prise en charge du bloc opératoire) ont été analysés.

Ainsi, 103 dossiers d'hémorragies de la délivrance ont été étudiés sur 1 an dont 40 à l'HMM et 63 à la maternité Bel Air. Sur ces 103 dossiers, 92 correspondent à des accouchements par voie basse, et 11 à des césariennes. Les hémorragies s'aggravant au bout de 15/30 minutes sont au nombre de 49, les dossiers inclus sont ceux ayant nécessité l'utilisation de Nalador® et/ou d'une transfusion sanguine et/ou d'un geste chirurgical spécifique.

✓ **L'outil**

Une grille de recueil de données (ANNEXE IV) a été créée permettant d'analyser la traçabilité de la prise en charge de l'hémorragie de la délivrance. Six grandes catégories ont été mises en évidence :

- le principe de base de la prévention de l'hémorragie
- les intervenants durant la prise en charge
- le conditionnement de la patiente et les gestes de base
- la prise en charge de l'hémorragie de la délivrance
- la sortie de la patiente du lieu de la prise en charge
- le résumé de l'hémorragie

J'ai étudié 56 critères au sein de ces catégories, la grille comporte pour chaque critère les mentions « tracé » ou « non tracé » dans le dossier, ainsi qu'une mention « non analysable ».

Le logiciel utilisé pour le traitement des valeurs et la réalisation des graphiques est Microsoft Excel 2010®.

✓ **Biais de l'étude**

En ce qui concerne l'étude de la traçabilité de la fin de prise en charge, le critère « Autorisation et Conduites à tenir » doit être signé par un médecin car faisant suite à une situation pathologique. Or l'identité du signataire n'a pas été étudiée.

2 Résultats de l'étude

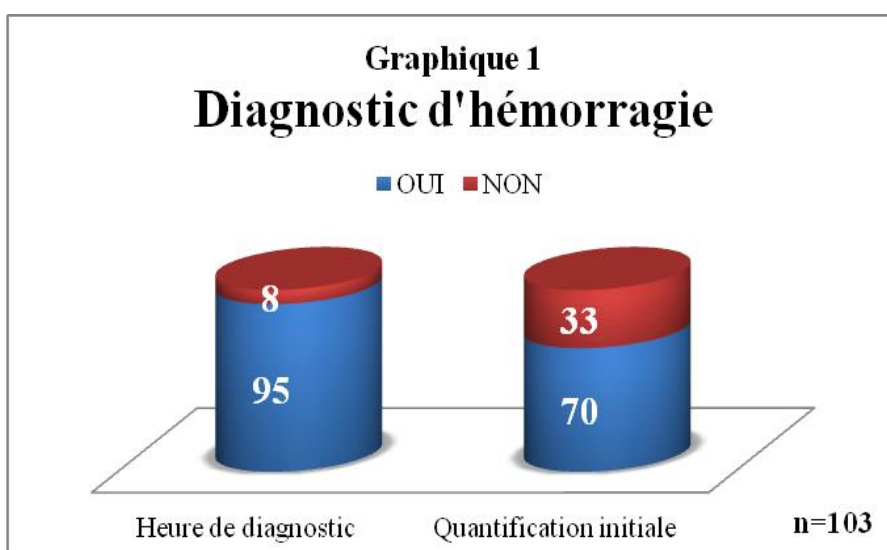
2.1 Le principe de base de la prévention de l'hémorragie (selon les recommandations de 2004 de la HAS)

- ✓ **Carte de groupe sanguin phénotypée et génotypée avec deux déterminations:** 103/103, lorsqu'elle est absente la trace des prélèvements du groupe sanguin est présente.
- ✓ **Recherche d'agglutinines irrégulières <72h :** 103/103
- ✓ **Consultation d'anesthésie:** 103/103, lorsqu'elle est absente, la trace d'une consultation d'anesthésie en urgence est présente.

2.2 La pose de diagnostic

- ✓ **Diagnostic**

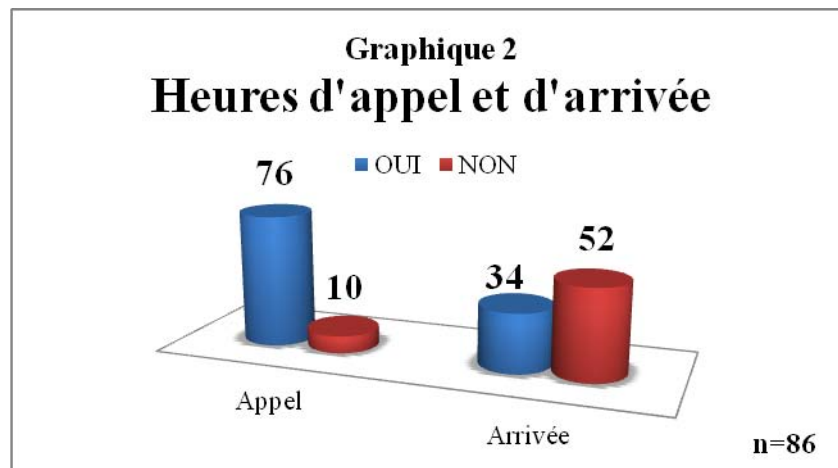
La trace de l'heure de la pose de diagnostic et d'une première quantification a été recherchée dans tous les dossiers étudiés.



✓ Heures d'appel et d'arrivée

Dans mon étude, ces critères sont non analysables dans 17 dossiers, du fait de la présence des professionnels avant le diagnostic d'hémorragie.

Le graphique suivant présente alors des statistiques sur 86 dossiers.

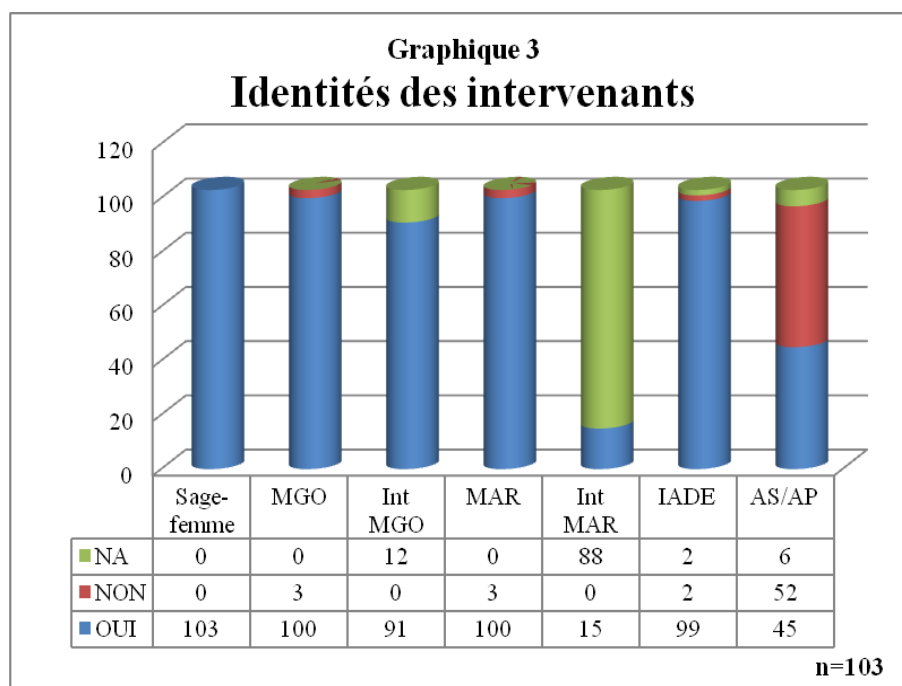


✓ Identités

J'ai vérifié la présence dans chaque dossier étudié de l'identité de **la sage-femme**, du **médecin gynécologue-obstétricien (MGO)**, de **l'interne en médecine générale, gynécologie ou obstétrique**, du **médecin anesthésiste-réanimateur (MAR)**, de **l'interne en anesthésie-réanimation**, de **l'infirmier anesthésiste diplômé d'état (IADE)** et de **l'aide-soignante (AS)** ou **l'auxiliaire de puériculture (AP)**.

La présence de l'identité d'un intervenant est non analysable lorsque par exemple il n'y a pas d'interne en anesthésie-réanimation de garde sur le site, ou bien si la prise en charge initiale de l'hémorragie a jugulé celle-ci et donc n'a pas nécessité la présence du professionnel.

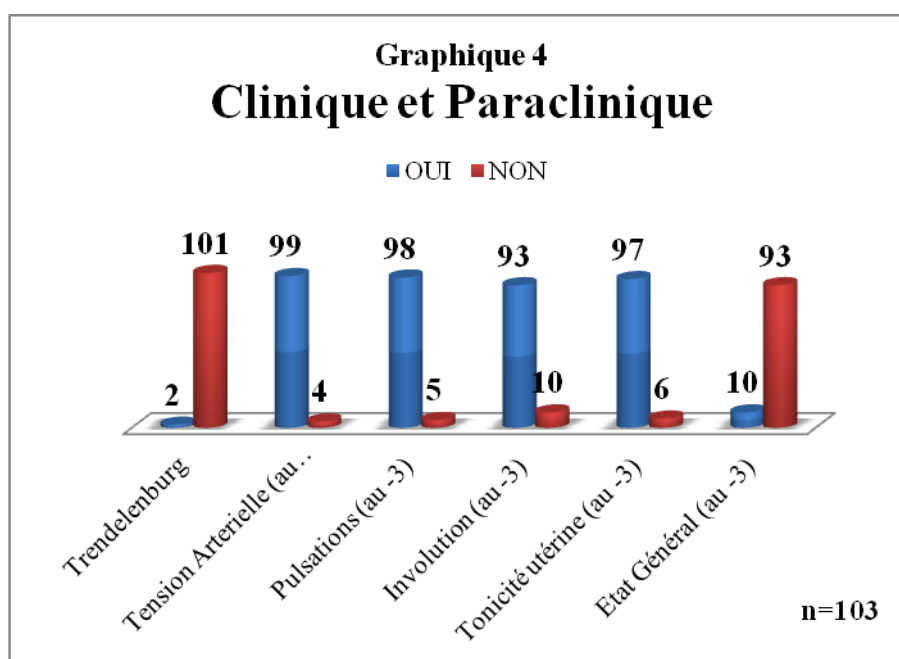
Le graphique ci-dessous nous montre en bleu le nombre de dossiers dans lesquels les identités des différentes catégories professionnelles sont présentes, en rouge en cas d'absence et en vert les dossiers non analysables.



2.3 Conditionnement de la patiente et gestes de base

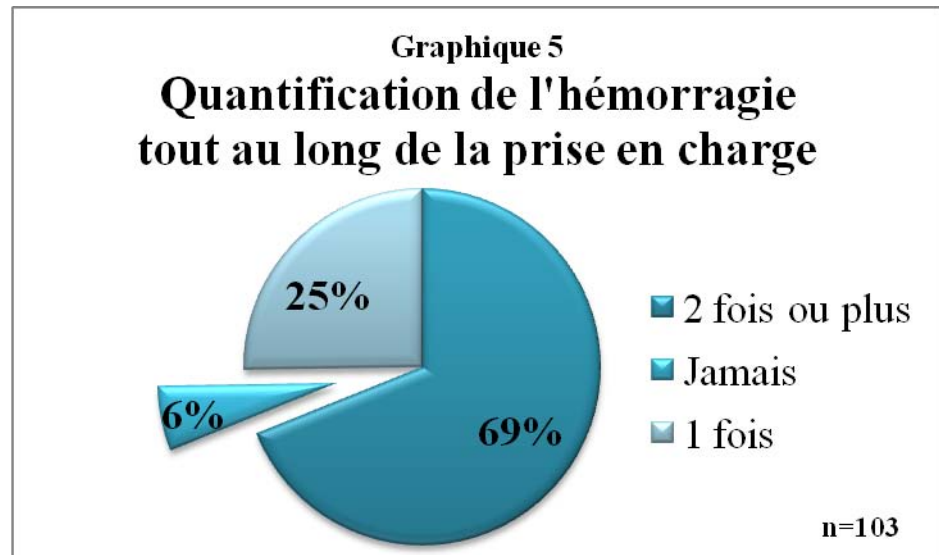
✓ Clinique et paraclinique

La trace de la position en Trendelenburg de la patiente ainsi que des signes cliniques et paracliniques au moins trois fois au cours de la prise en charge ont été recherchés.



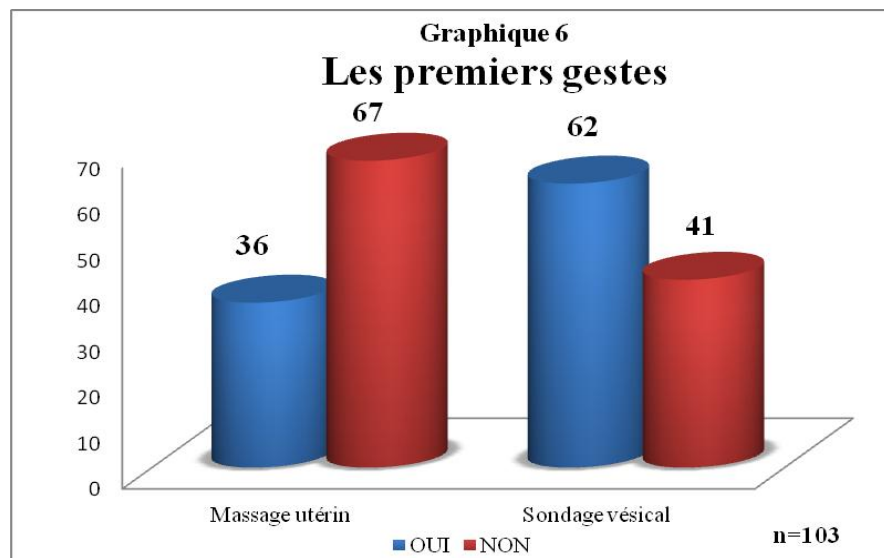
✓ La **quantification** tout au long de la prise en charge

- **Deux fois ou plus** : 71/103
- **Une seule fois** : 26/103
- **Non retrouvée** : 6/103



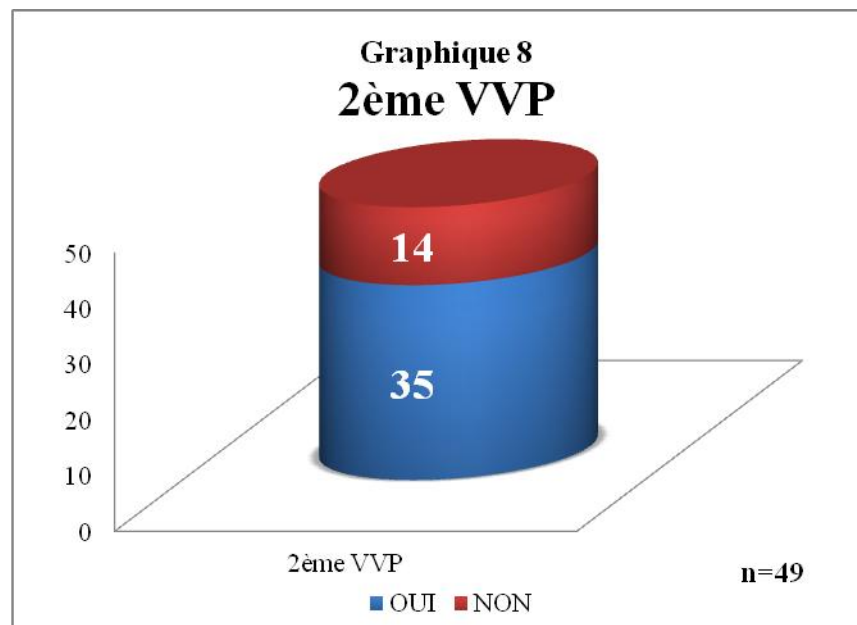
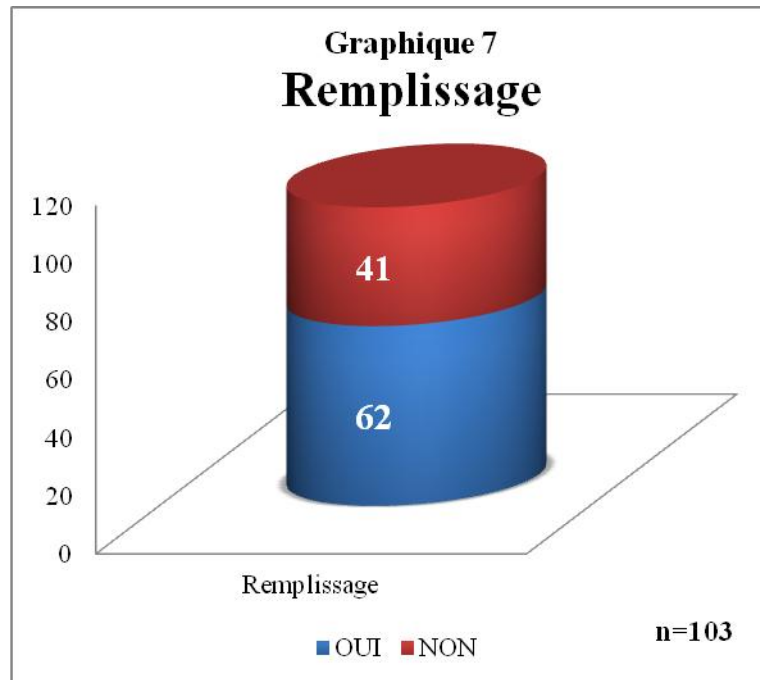
✓ **Les premiers gestes**

La trace du massage utérin et du sondage vésical, comprenant le sondage évacuateur ou à demeure a été recherchée.



✓ Remplissage et deuxième voie veineuse périphérique

La trace du liquide de remplissage Ringer® ou Voluven® a été recherchée dans tous les dossiers, ainsi que la pose d'une deuxième voie veineuse périphérique qui concerne les hémorragies s'aggravant au bout de 15/30 minutes soit 49 dossiers.



On notera au cours de l'étude que la pose d'une deuxième voie veineuse périphérique a été tracée dans 3 cas d'hémorragies non sévères.

✓ Anesthésie

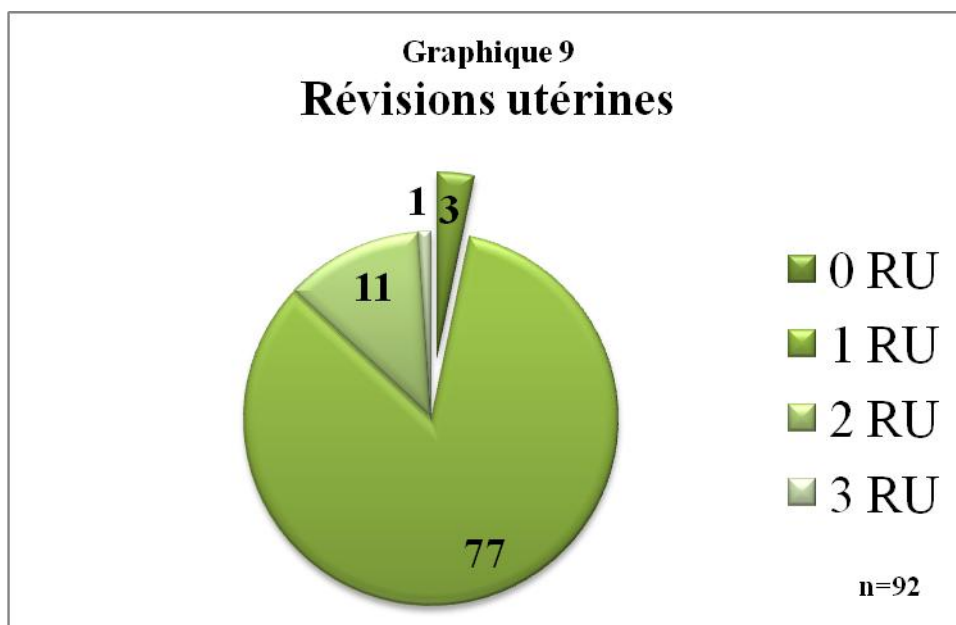
L'étude concerne également la traçabilité du type d'anesthésie au cours des 103 prises en charge d'hémorragie de la délivrance.

- **Analgésie péridurale** : 73 dossiers
- **Analgésie péridurale suivie d'une anesthésie générale** : 3 dossiers
- **Anesthésie générale** : 12 dossiers
- **Réinjection** : 29 dossiers
- **Rachianesthésie** : 10 dossiers
- **Non renseigné** : 5 dossiers

2.4 La prise en charge de l'hémorragie de la délivrance

✓ Les actes thérapeutiques

- **Délivrance artificielle (DA)** : 23 dossiers sur 23 nécessitant une DA
- **Révisions utérines (RU)**:



- **Examen sous valves:**
 - 17 dossiers sur 54 d'hémorragies non sévères
 - 26 dossiers sur 49 d'hémorragies sévères

✓ En ce qui concerne les **actes chirurgicaux**, la validation de la traçabilité consistait en la présence d'un compte-rendu opératoire, sur 103 dossiers, 7 ont nécessité une prise en charge chirurgicale :

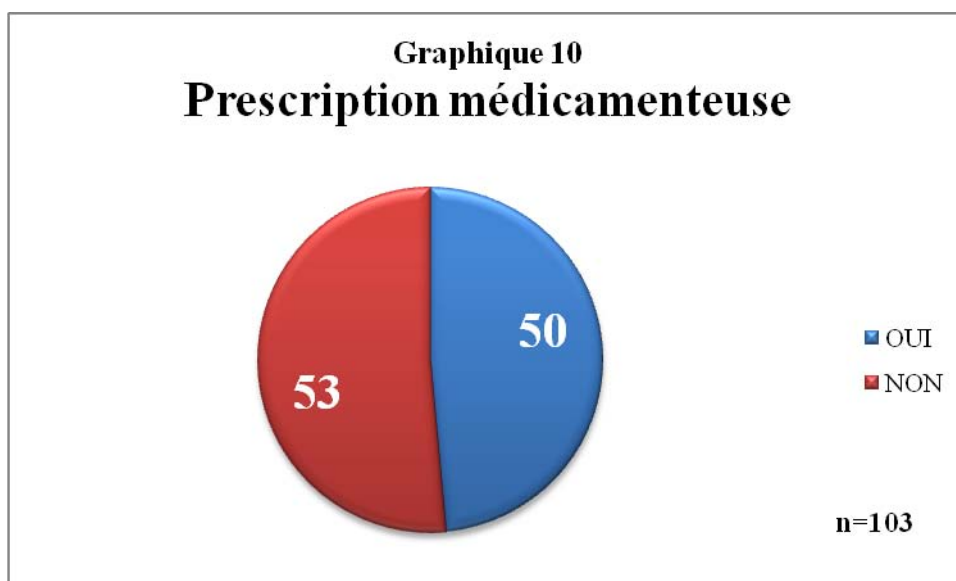
- **Embolisation** : 0 dossier
- **Ligatures vasculaires** : 2 dossiers
- **Ligatures vasculaires + capitonnage** : 2 dossiers
- **Ligatures vasculaires + capitonnage + hystérectomie** : 1 dossier
- **Ligatures vasculaires + hystérectomie** : 1 dossier
- **Hystérectomie** : 1 dossier sans compte-rendu opératoire

✓ **La prescription de traitement**

Une prescription conforme comprend le nom du prescripteur, le nom du traitement, le dosage, la voie d'administration et l'administrateur.

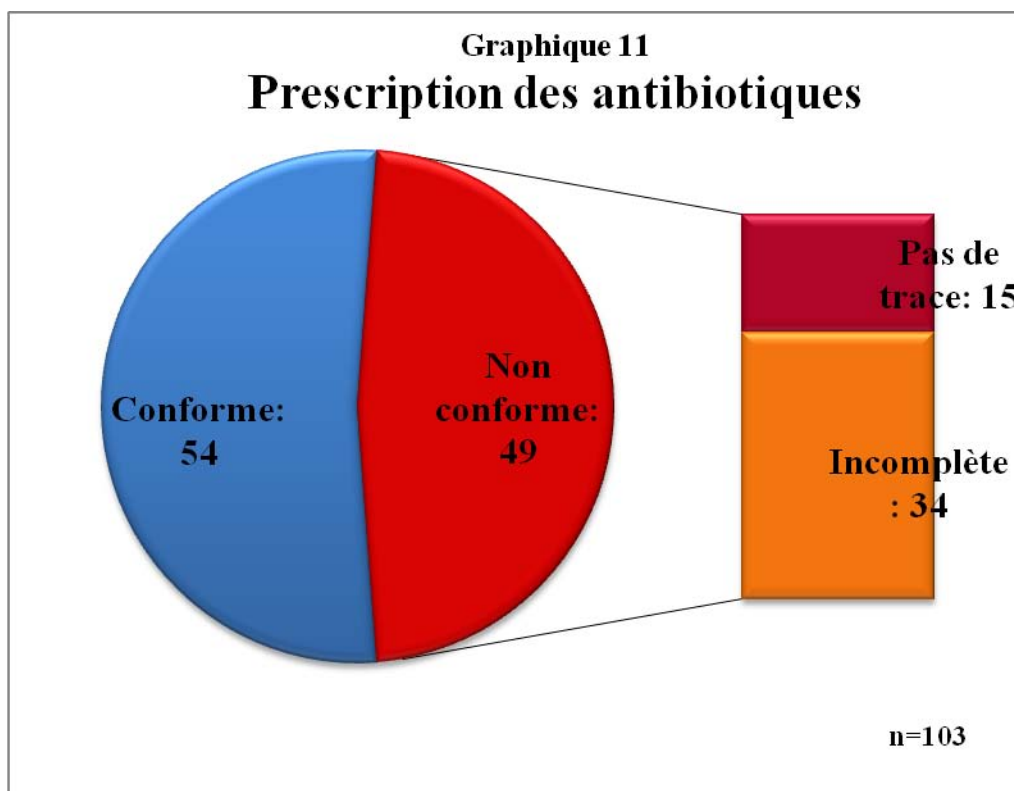
Les traitements prescrits pour l'hémorragie sont le Syntocinon® (5UI puis 10UI), le Nalador®, l'éphédrine en cas d'hypotension artérielle, et les antibiotiques en cas de délivrance artificielle, révision utérine ou césarienne.

Le graphique suivant présente le nombre de prescriptions conformes et non conformes.



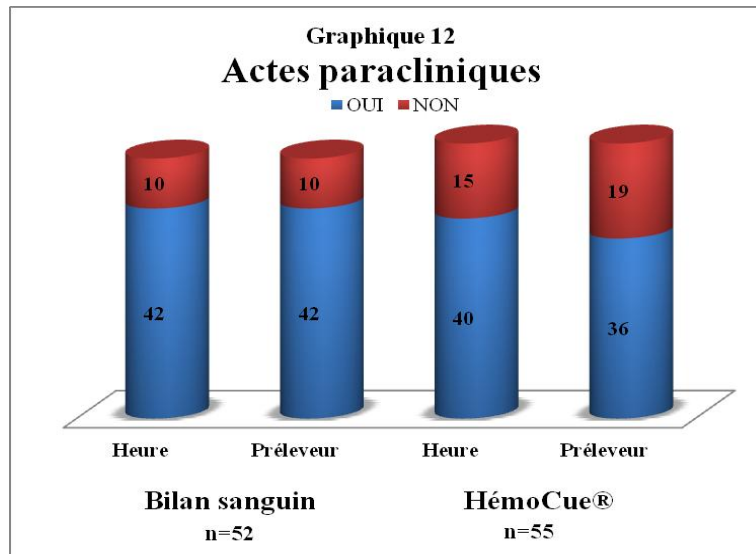
- Le **Syntocinon®** 5UI ou 10UI: 95 prescriptions conformes sur 103
 - Pas de traces de Syntocinon® dans 3 dossiers d'hémorragies non sévères sur 54
 - Pas de traces de Syntocinon® dans 5 hémorragie sévères sur 47
- Le **Nalador®**: 41 prescriptions conformes sur 45
 - 1 dossier : Pas de dosage initial
 - 3 dossiers : Pas d'identité de prescripteur
- Des **antibiotiques** doivent être administrés à la patiente en cas de délivrance artificielle, de révision utérine ou de césarienne, on rappellera qu'en cas de rupture prématurée des membranes il en est administré pendant le travail en salle de naissance. Si cette administration a été faite moins de 4 heures avant l'hémorragie de la délivrance et en cas d'acte endo-utérin, on ne réinjecte pas d'antibiotiques. La prescription d'antibiotiques est faite avec un document validé par le CHR (ANNEXE V).

Le graphique suivant présente la conformité ou la non conformité de la prescription de l'antibioprophylaxie



✓ Les actes paracliniques

Pour l'HémoCue® et le bilan sanguin, l'identité du préleveur et l'heure de prélèvement ont été recherchés. Un HémoCue® a été tracé dans 55 dossiers sur 103, un bilan sanguin dans 52 dossiers dont les 49 hémorragies sévères.



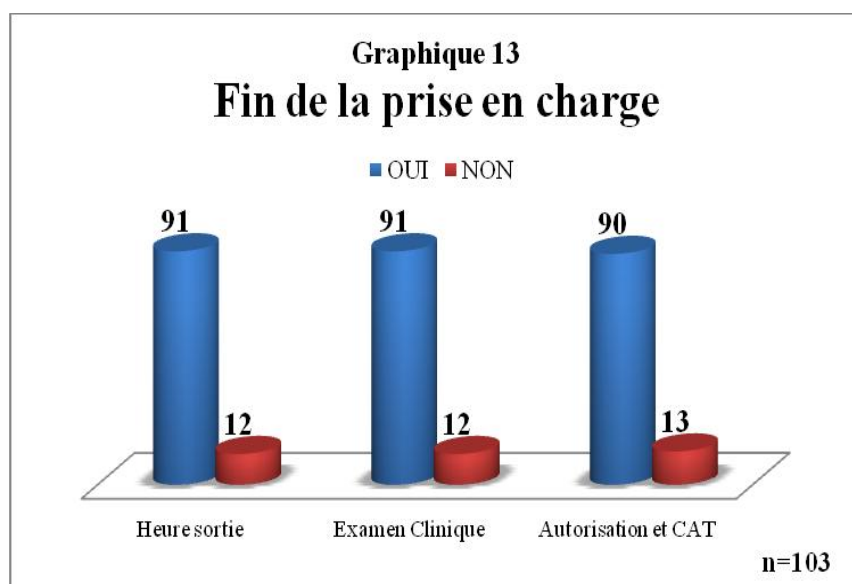
✓ La transfusion sanguine

Les critères recherchés dans les dossiers sont l'heure de commande des poches, l'heure d'arrivée de celles-ci et le nombre de poche transfusées.

20 patientes ont été transfusées sur 103 et 20 dossiers sur 20 présentent ces critères tracés.

2.5 Le transfert de la salle de naissance

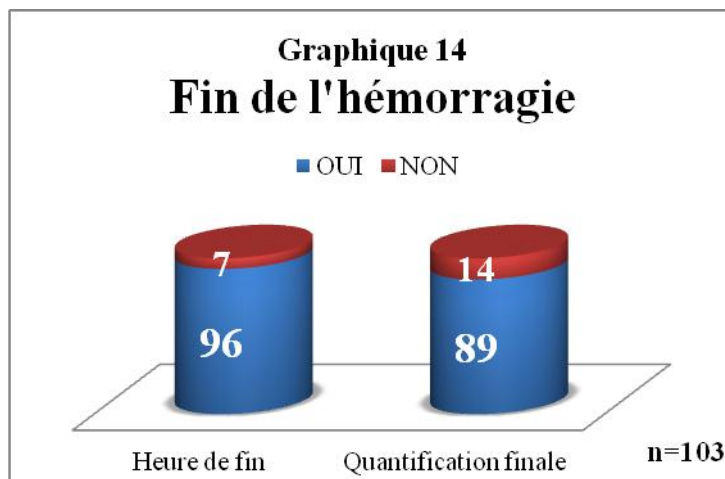
La trace de l'heure de sortie de salle de naissance, du dernier examen clinique effectué ainsi qu'une autorisation de transfert et une conduite à tenir ont été recherchés.



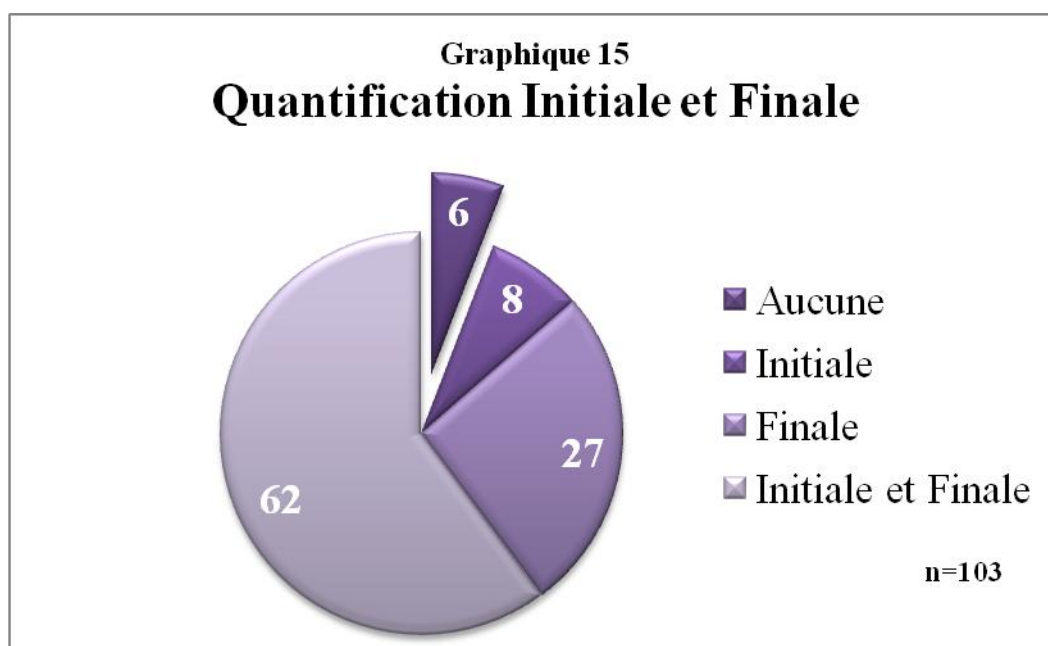
2.6 Bilan de l'hémorragie de la délivrance

La trace de l'étiologie de l'hémorragie ainsi que l'heure de fin et la quantification finale ont été recherchées.

- ✓ **Etiologie** : 93/103
- ✓ **Heure de fin et quantification finale**:



- ✓ Le graphique suivant présente le nombre de dossiers dans lesquels sont tracées la **quantification finale**, la **quantification initiale**, les **deux** ou **aucune** :

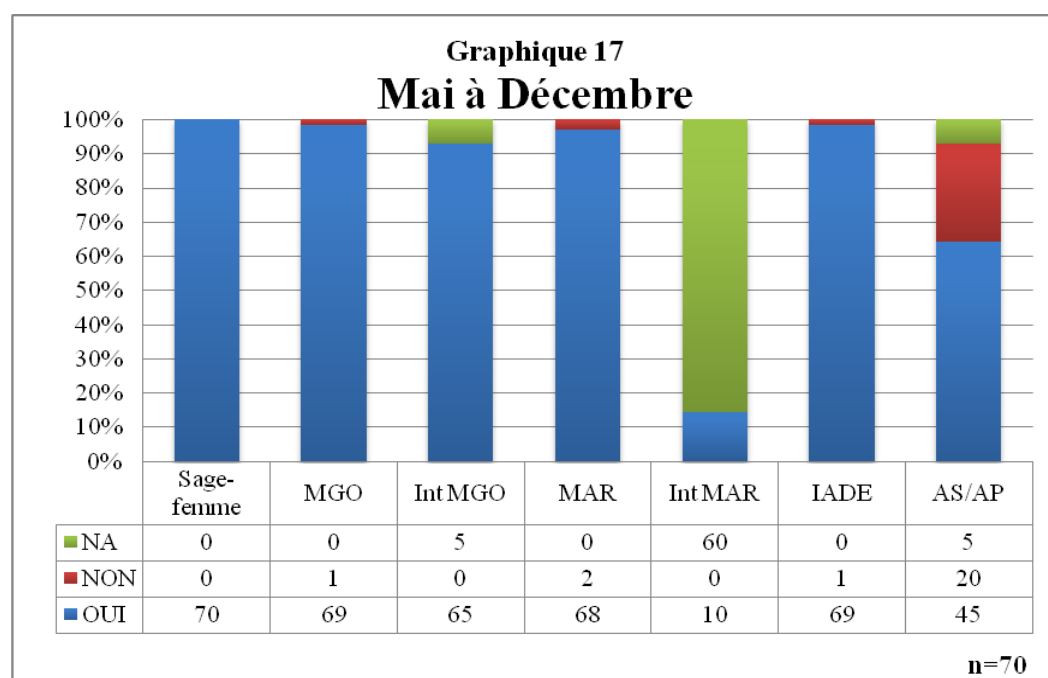
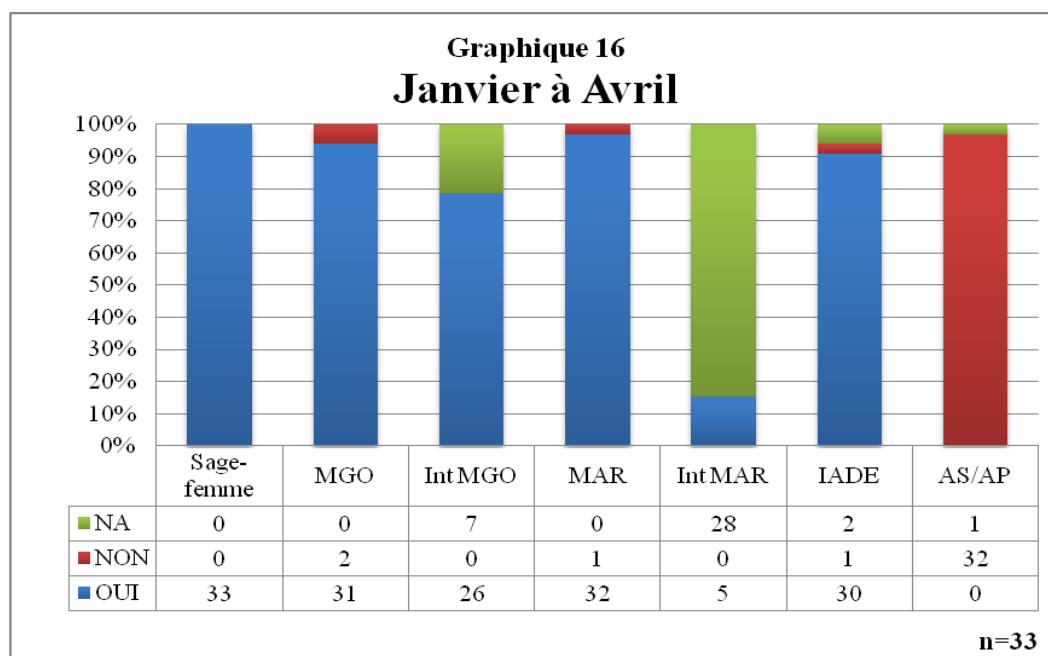


2.7 L'évolution des pratiques dans le temps

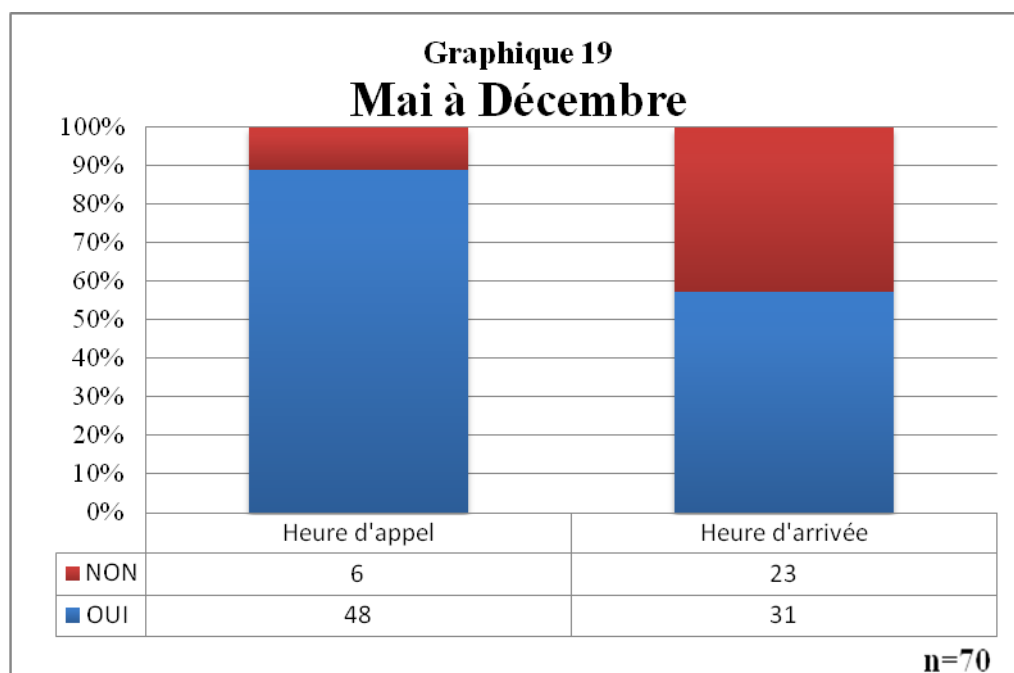
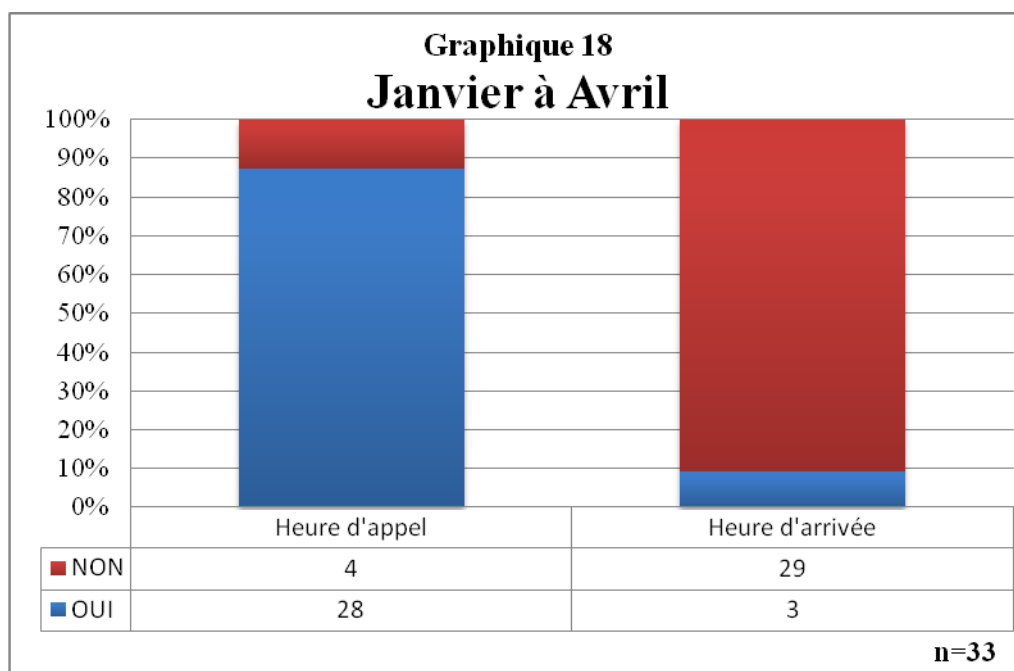
✓ Ajout de la fiche complémentaire du partogramme à la fin du mois d'avril 2011

Les graphiques suivants présentent l'évolution des critères « Identités des intervenants », « Heures d'appel et d'arrivée » et « Fin de la prise en charge » avant et après l'ajout de la fiche complémentaire du partogramme.

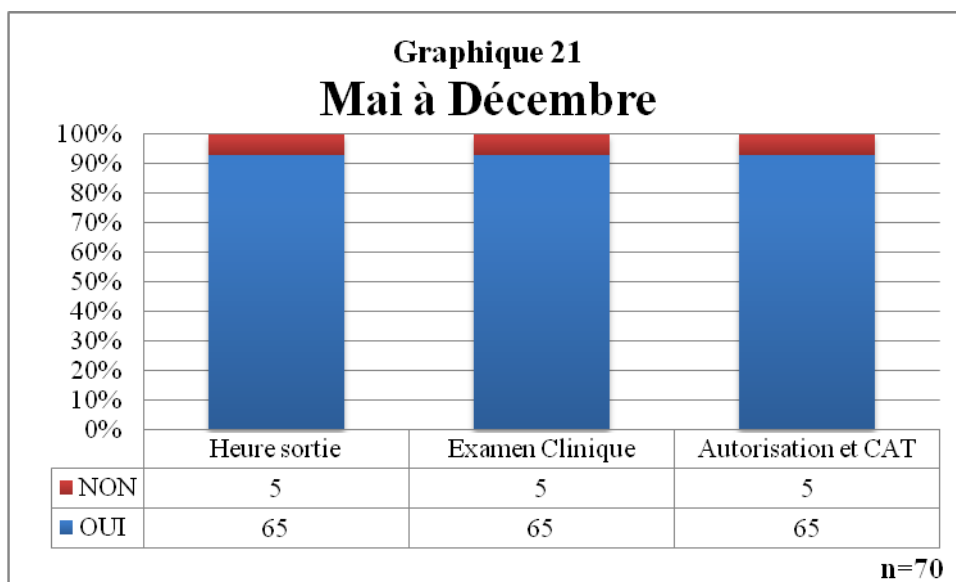
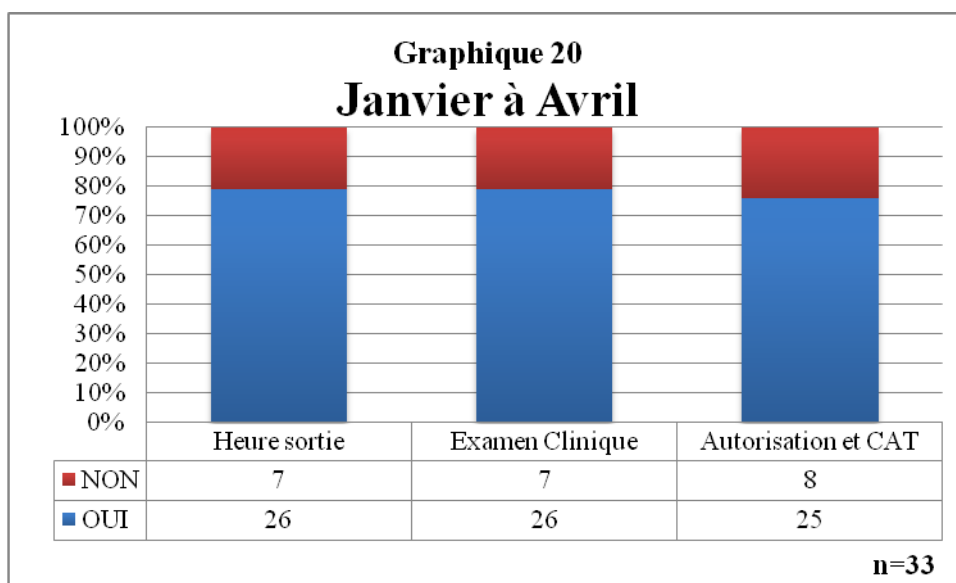
- **Identités des intervenants:** La fiche complémentaire contient un tableau permettant d'inscrire les identités de chaque professionnel présent.



- **Heures d'appel et d'arrivée:** La fiche complémentaire contient un tableau permettant de notifier les heures d'appel et d'arrivée des professionnels.

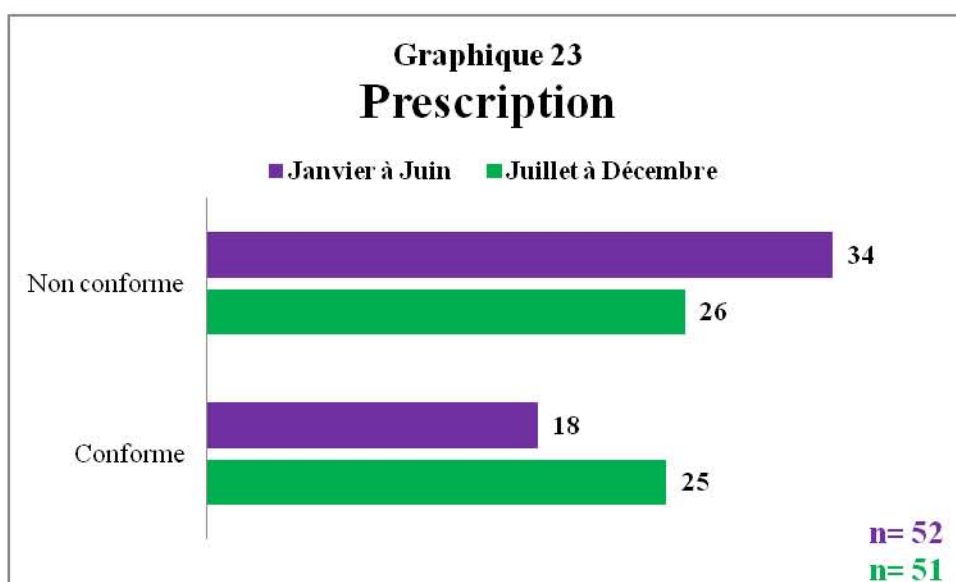
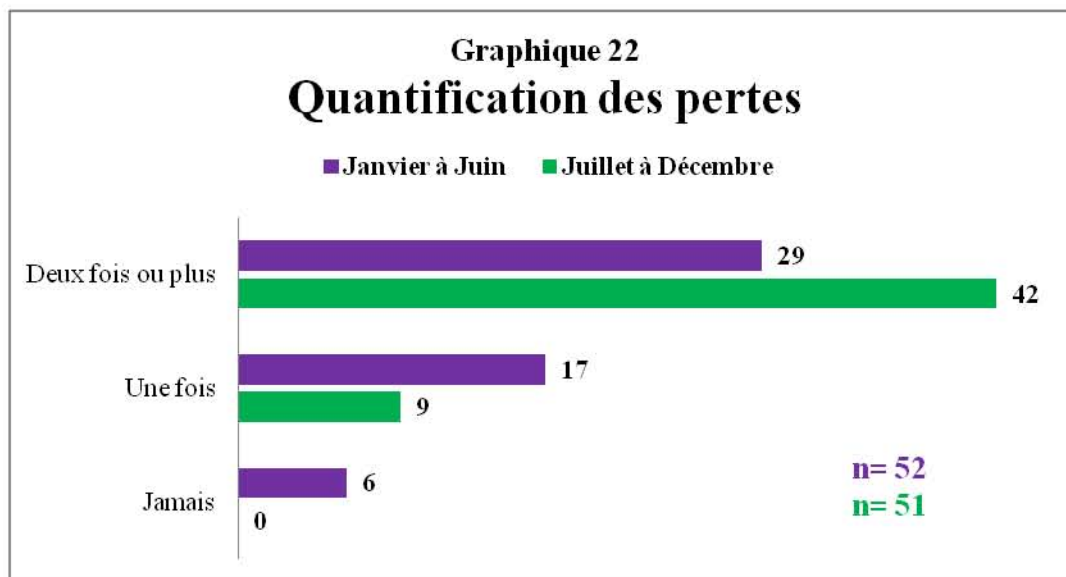


- **Fin de la prise en charge :** Cette fiche permet également de préciser spécifiquement l'examen clinique finale et le transfert de la patiente dans un autre service.



✓ **Sensibilisation et présentation sur la prévention de l'hémorragie du post-partum de juin 2011**

Les deux derniers graphiques présentent l'évolution de la traçabilité de la quantification des pertes et de la conformité des prescriptions suite à la sensibilisation faite aux professionnels de santé en juin 2011.



Partie 3

L'hémorragie de la délivrance est une urgence vitale, les professionnels de santé priorisent la prise en charge qui doit être chronométrée dès le diagnostic posé. Une traçabilité instantanée de la situation est aujourd'hui difficile, il faudrait pourtant qu'il en soit ainsi pour parfaire cette prise en charge face à l'impact médico-légal et également dans une démarche d'amélioration de la prise en charge.

Il y a eu 103 hémorragies de la délivrance sur le CHR Metz-Thionville en 2011. Cette pathologie est donc survenue dans 2,20% des naissances de l'année, ce taux est conforme à la fréquence nationale. Aucun décès maternel n'est survenu dans l'année.

La sage-femme est, par ses compétences et sa disponibilité auprès de la patiente, un des garants de la pose de diagnostic et de la traçabilité de la prise en charge in vivo.

La traçabilité de la prise en charge doit montrer la pose de diagnostic, les conduites à tenir adaptées et l'évaluation de ces conduites à tenir au cours du temps, la traçabilité doit donc être parfaite face à la pression médico-légale. Il protège la patiente ainsi que les professionnels.

Ce mémoire vise à évaluer la traçabilité de la prise en charge de l'hémorragie de la délivrance, il ne remet pas en question les pratiques professionnelles mais cherche à apporter des améliorations tant au service des professionnels de santé que des patientes.

1 Constats et analyse générale

1.1 100% des dossiers sont en conformité avec le principe de base de la prévention de l'hémorragie recommandée par la HAS

Comme le recommande la HAS, tout dossier contient la mention de la consultation d'anesthésie, elle est systématiquement effectuée au 8^{ème} ou 9^{ème} mois de grossesse au sein de l'établissement de santé. Lorsque ce n'est pas le cas, la trace d'un entretien à l'admission dans l'établissement est retrouvée.

De plus, les professionnels de santé font preuve d'une grande vigilance à la présence de la carte de groupe sanguin phénotypée et génotypée avec deux déterminations. Cette carte est indispensable à toute femme venant accoucher et est essentielle notamment dans le cadre de la transfusion sanguine.

Lorsque celle-ci est absente, la trace du prélèvement d'une ou de deux déterminations de groupe sanguin est systématiquement retrouvée.

Enfin, nous retrouvons en acte systématique le prélèvement de la recherche des agglutinines irrégulières à l'admission en service de salle de naissance.

1.2 Quantifier = Sauver

La quantification précise des pertes sanguines est le pivot de la prise en charge, elle est indispensable dans les cas d'hémorragie de la délivrance car elle permet de poser le diagnostic rapidement, et de choisir une conduite à tenir adaptée. Une quantification fiable et répétée permet une prise de décision chronométrée et adaptée afin de diminuer la morbidité. Le sac de recueil à double poche gradué doit être utilisé à cet usage.

La sage-femme est le professionnel qui met en place le sac de recueil et qui pose le diagnostic d'hémorragie. Elle est donc responsable de la traçabilité à ce moment de la prise en charge.

La pose de diagnostic la plus précoce permet une intervention rapide et évite l'aggravation de la situation.

Dans les 103 dossiers étudiés de l'année 2011, aucune quantification n'est retrouvée dans 6%, une seule dans 25% et deux ou plus dans 69%. Ce dernier taux peut être amélioré.

L'affichage dans chaque salle d'accouchement du mode d'emploi du sac de recueil en juin 2011 a fait évoluer ces chiffres.

En effet, les dossiers dans lesquels aucune quantification n'est retrouvée sont tous de la période de janvier à juin 2011. De plus, 33% des dossiers de janvier à juin font apparaître une seule fois la quantité de pertes, contre 18% des dossiers de juillet à décembre. La quantification apparaît deux fois ou plus dans 56% des dossiers de la première période et dans 82% des dossiers de la seconde. La traçabilité de la quantification est donc en nette progression suite à la mise en place d'un outil adapté.

D'après la définition de l'hémorragie de la délivrance, c'est la quantification qui en permet le diagnostic. Il est donc essentiel de voir apparaître une quantification de départ et une quantification finale totale de l'hémorragie. Comme cela a été abordé en première partie, une réévaluation de la quantification au fil du temps permet de faire des choix de conduites à tenir adaptées et ainsi éviter l'aggravation de l'hémorragie. En effet, et selon le CNEMM, une des principales raisons d'évitabilité de la mortalité maternelle est le retard de diagnostic ou de prise en charge.

Ces deux valeurs apparaissent ensemble dans seulement 60% des dossiers étudiés. Il existe donc une marge de progression quant à la traçabilité de la quantification. Cependant c'est la quantification finale qui va poser le diagnostic d'hémorragie sévère.

On retrouve uniquement la quantité initiale qui a aidé au diagnostic de l'hémorragie dans 8% des dossiers. Il est plus difficile de notifier la quantité initiale de pertes car le professionnel est dans le conditionnement de la patiente en premier lieu, l'acte est priorisé face à l'urgence vitale. La quantité finale seule est retrouvée dans 26% des dossiers, la valeur finale est tracée en fin de prise en charge, le professionnel n'est plus dans l'acte, mais dans l'écrit.

1.3 La communication à l'équipe pluridisciplinaire : des appels à tracer

✓ L'identité des intervenants

La pratique de l'obstétrique nécessite une collaboration étroite et permanente entre la sage-femme et plusieurs professionnels de santé comme entre autres les médecins gynécologues-obstétriciens, les médecins anesthésistes-réanimateurs, les auxiliaires de puériculture et les aides-soignantes.

L'identité des professionnels présents pour l'accompagnement de la patiente est une donnée indispensable face à l'impact médico-légal. Il est nécessaire de pouvoir retrouver a posteriori tous les acteurs de la prise en charge.

Dans 3 dossiers sur 103, l'identité des médecins intervenant auprès de la patiente, MGO et MAR, est absente, alors qu'ils sont les acteurs centraux de la prise en charge de l'hémorragie de la délivrance. L'absence de cette information dans ces dossiers est une pratique à risque.

De plus, l'identité de l'aide-soignante ou de l'auxiliaire de puériculture est absente dans 52 dossiers sur 97 au cours de l'année, dont 32 dossiers jusqu'en avril 2011 qui constituent la totalité des dossiers de cette période. Suite à l'ajout fin avril 2011 de la fiche complémentaire du partogramme comprenant une case à remplir spécialement pour l'identité de l'aide-soignante ou de l'auxiliaire de puériculture, cet item est absent dans 20 dossiers sur 65, soit moins d'un tiers des dossiers de cette période.

Une amélioration est donc retrouvée suite à cet ajout, mais elle n'est pas parfaite.

La sage-femme est présente dans la plupart des cas auprès de la patiente au cours du travail et de l'accouchement. Elle est également impliquée dans la prise en charge de l'hémorragie donc dans sa traçabilité, son identité est retrouvée dans 100% des dossiers étudiés. C'est elle qui

appelle l'équipe pluri-disciplinaire pour informer de l'heure du diagnostic, du degré de sévérité et parfois de l'identification des étiologies.

✓ **Les heures d'appel et d'arrivée**

Selon les sociétés savantes, le diagnostic d'une hémorragie de la délivrance doit immédiatement entraîner l'appel de l'équipe pluridisciplinaire c'est-à-dire le médecin gynécologue-obstétricien, le médecin anesthésiste-réanimateur, les internes en médecine éventuellement présents et l'infirmier anesthésiste diplômé d'Etat. Il est primordial de notifier les heures d'appel et d'arrivée de ces professionnels afin de chronométrer la prise en charge de manière optimale. En effet, d'après le CNEMM, une des principales raisons de mortalité maternelle suite à une hémorragie est une prise en charge mise en œuvre trop tardivement.

Pour l'ensemble des 103 dossiers étudiés, 11% n'indiquent pas l'heure d'appel et 60% n'indiquent pas l'heure d'arrivée.

On peut observer une évolution de l'apparition de ces informations suite à l'ajout de la fiche complémentaire du partogramme en avril 2011. Jusqu'en avril, l'heure d'arrivée était inscrite dans seulement 9% des dossiers, après avril 44% des dossiers l'indiquent.

Un outil de traçabilité spécifique permet bien de s'approcher d'une conformité.

Ces deux informations sont indissociables, car elles précisent chacune le chronométrage de la prise en charge et replacent la responsabilité de chaque professionnel. L'arrivée du médecin lui permet de prendre une décision, qui peut être une décision d'expectative ou bien au contraire de prise en charge immédiate d'une urgence vitale. Le temps entre l'arrivée du médecin et la suite de la prise en charge doit donc pouvoir être retrouvé. Ainsi la traçabilité devient même un outil aidant à la prise de décision médicale pour la prise en charge.

1.4 La prise en charge initiale : une traçabilité à améliorer

✓ **Le conditionnement, la clinique et la paraclinique**

La sage-femme est le plus souvent la première au contact de la patiente au début de la prise en charge, c'est elle qui conditionne la patiente pour la prise en charge.

Le conditionnement de la patiente est important à tracer, la position Trendelenburg recommandée, comme indiqué en 1ere partie, est retrouvée dans 2 dossiers sur 103.

Une voie veineuse périphérique est la plupart du temps posée à la patiente à son admission en salle de naissance, reliée à un liquide de remplissage de type cristalloïde (Ringer®). Lors d'une hémorragie, celui-ci peut être remplacé par un colloïde (Voluven®) pour le remplissage

également. On retrouve la trace de ces liquides de remplissage dans 92% des dossiers. Il est important de notifier chaque traitement prescrit à la patiente, même les plus communs.

La pose d'une deuxième voie veineuse lorsque l'hémorragie s'aggrave est recommandée par la HAS, cet acte doit aussi être inscrit dans le dossier. Or il n'est retrouvé que dans 35 dossiers sur 49 hémorragies sévères soit plus des deux tiers.

La HAS recommande de pratiquer un examen de surveillance des signes cliniques et paracliniques complet toutes les 30 minutes minimum au cours de la prise en charge. Celui-ci est tracé dans environ 95% des dossiers, cependant il est incomplet.

En effet, l'appréciation de l'état général au moins trois fois est retrouvée dans seulement 10% des dossiers, alors que ce critère paraît essentiel dans l'évaluation de l'impact de l'hémorragie sur l'organisme maternel au cours du temps.

✓ **Les premiers gestes**

Les premiers gestes recommandés par les sociétés savantes sont un sondage évacuateur ainsi qu'un massage utérin. Ces deux gestes sont réalisés systématiquement par les professionnels de santé mais ne sont malheureusement pas toujours tracés dans le dossier médical de la patiente.

En effet, le massage utérin est retrouvé inscrit dans 35% des dossiers. Rappelons que le massage utérin est un des premiers traitements de l'hémorragie de la délivrance par atonie utérine, qui est la première étiologie de cette hémorragie.

Le sondage vésical évacuateur ou à demeure est retrouvé tracé dans 60% des dossiers.

Le massage utérin et le sondage évacuateur vont éviter l'aggravation de l'hémorragie dès la pose de diagnostic ; la trace de leur réalisation est donc primordiale dans l'évaluation de la prise en charge. Ils constituent deux actes de compétence de la sage-femme, elle est alors entièrement responsable de leur traçabilité.

1.5 Le type de l'anesthésie et les actes thérapeutiques au cours de la prise en charge : une traçabilité indispensable

Le type d'anesthésie est présent dans 95% des dossiers étudiés. Le MAR et l'IADE ont une feuille spécifique pour l'anesthésie qui permet une traçabilité attendue.

Celui-ci est tout de même absent dans 5 dossiers sur les 103 étudiés. L'anesthésie est à corréler aux actes comme la délivrance artificielle ou la révision utérine. En effet, 3 dossiers ne font pas mention de révisions utérines, ces mêmes dossiers ne font pas apparaître le type

d'anesthésie. Il est recommandé face à l'impact médico-légal de noter ces informations afin de prouver que la prise en charge de l'hémorragie a été optimale. Les deux dossiers restants sans mention de l'anesthésie sont des dossiers incomplets pour la majorité des critères étudiés.

La délivrance artificielle est systématiquement tracée dans les 23 dossiers où elle a été nécessaire, cet acte est une donnée clé dans la recherche de l'étiologie de l'hémorragie. Trois de ces délivrances artificielles sont suivies de deux révisions utérines tracées, les 20 autres sont suivies d'une révision utérine unique tracée.

La HAS recommande d'effectuer une révision utérine sur tous les cas d'hémorragie de la délivrance après un accouchement par voie basse, soit 92 dossiers dans notre étude. Or 3 dossiers ne font apparaître aucune mention d'une révision utérine. Une révision utérine apparaît tracée dans 77 dossiers sur 92 soit 84% des dossiers, deux révisions utérines sont tracées dans 12% de ces dossiers et dans 1 dossier il y en a trois.

Les sociétés savantes recommandent de pratiquer un examen de la filière génitale sous valves en première intention en cas de suspicion de lésions cervico-vaginales, celui-ci est tracé dans 17 dossiers sur 54 hémorragies non sévères. Il doit être systématiquement effectué dans les hémorragies s'aggravant au bout de 15/30 minutes, or il est retrouvé tracé dans seulement 26 dossiers sur 49 soit 53% des dossiers.

Il y a eu une prise en charge chirurgicale dans 7 situations, et le compte-rendu opératoire est présent dans 6 dossiers. Un dossier n'est pas conforme alors que l'hémorragie était sévère et qu'une hystérectomie a été réalisée, cette pratique est à risque juridique face à l'impact médico-légal.

1.6 La prescription médicamenteuse : un problème de conformité

La conformité de toute prescription est primordiale d'un point de vue sécuritaire mais également médico-légal. Il est également nécessaire de retrouver une adéquation entre la prescription et la fonction du prescripteur afin de faire le lien avec le droit de prescription du professionnel.

Tout cas d'hémorragie de la délivrance nécessite une prescription, globalement, la prescription est conforme dans 50 dossiers et non conforme dans 53 dossiers.

Le traitement principal de l'hémorragie de la délivrance est l'ocytocine (Syntocinon®), la prescription est conforme dans 95 dossiers sur 103 soit dans 92% des dossiers.

Dans les cas d'hémorragie de la délivrance qui s'aggravent, le traitement médical premier est le Nalador®, celui-ci a été prescrit dans 45 dossiers et cette prescription est conforme dans

41 d'entre-eux. Les 4 prescriptions non conformes sont pour 3 dossiers dues à l'absence d'identité du prescripteur, le dernier est une absence d'apparition de dosage du traitement. Il n'existe à ce jour pas de feuille spécifique à la prescription du Nalador®.

Ce n'est pas le cas des antibiotiques, qui sont nécessaires dans tous les cas d'hémorragies selon les recommandations de la HAS. L'étude prend également en compte la conformité de la prescription précédant l'hémorragie, par exemple pour une césarienne ou une rupture prématurée des membranes. Au cours de l'année, la prescription des antibiotiques est conforme dans 52% des dossiers. Elle n'est donc pas conforme dans 48% des cas. Parmi les 49 dossiers qui présentent une prescription non conforme d'antibiotiques, 15 ne présentent aucune trace de ces derniers.

En juin 2011, un rappel de sensibilisation sur l'hémorragie de la délivrance a été présenté aux professionnels de santé. Une étude de l'évolution de la conformité des prescriptions de traitement a donc été réalisée, en comparant la période de janvier à juin avec celle de juillet à décembre 2011. Le nombre de prescriptions non conformes a diminué en passant de 65% à 51%. L'évolution est visible, mais une amélioration peut encore être apportée.

1.7 Les actes paracliniques : qui et quand ?

Lorsqu'un bilan sanguin est effectué durant une hémorragie de la délivrance, il est essentiel de faire apparaître sur le dossier l'heure du prélèvement, pour une interprétation correcte des répercussions de l'hémorragie sur le bilan sanguin, ainsi que le nom de l'opérateur.

La HAS recommande la réalisation d'un bilan sanguin pour toute hémorragie qui s'aggrave au bout de 15/30 minutes, celui-ci est tracé dans 52 dossiers dont les 49 hémorragies sévères. Néanmoins, l'heure de réalisation de ce bilan ainsi que le nom de l'opérateur est absent dans 10 de ces dossiers.

Un Hémocue® a été tracé dans 53% des dossiers, sa réalisation n'est pas obligatoire. Cependant, lorsqu'il est tracé, le nom de l'opérateur est absent dans un tiers des cas, et l'heure dans un peu plus d'un quart.

L'absence d'un document spécifique pour la traçabilité de ces deux actes paracliniques, qui nécessitent l'indication du type de bilan, de l'heure et de l'opérateur, rend difficile la parfaite reconstitution de l'historique des actes pratiqués.

1.8 La transfusion sanguine : une traçabilité particulière

Dans mon étude, 20 patientes ont été transfusées, toutes présentant une hémorragie sévère. La traçabilité de chaque transfusion sanguine est optimale, le dossier transfusionnel étant spécifique pour chaque situation. C'est à l'intérieur de celui-ci que se trouvent toutes les informations nécessaires à cet acte particulier, dont la traçabilité exacte est indispensable pour le suivi à long terme de chaque patiente.

1.9 Fin et bilan de la prise en charge

L'étiologie de l'hémorragie de la délivrance doit être tracée afin d'évaluer la prise en charge, et d'assurer une continuité des soins adaptée à la patiente. Au cours de l'année 2011, l'étiologie est retrouvée dans 90% des dossiers.

L'heure de fin de l'hémorragie est retrouvée tracée dans 93% des dossiers. Le pronostic vital de la patiente n'étant plus engagé, une plus grande place est faite à la rédaction des traces écrites.

A la fin de la prise en charge de l'hémorragie de la délivrance, la patiente est transférée le plus souvent en suite de couches, mais peut aussi aller en réanimation ou en unité de soin continu (USC). Ce transfert doit figurer dans le dossier médical avec une trace de l'heure, de l'examen clinique et d'une autorisation accompagnée d'une conduite à tenir.

Sur l'année, 88% des dossiers contiennent une trace de ces éléments. L'ajout de la fiche complémentaire du partogramme a fait évoluer ce chiffre positivement.

En effet, avant cet ajout, le taux de conformité de la traçabilité était de 78%. Et depuis mai 2011, ce taux est augmenté à 93%.

L'ajout d'un tableau spécifique pour la traçabilité de la fin de la prise en charge a donc été positif.

1.10 Tableau récapitulatif de l'étude

Critères	CONFORME	NON CONFORME	Arguments
Principe de base de la prévention	✓		100% des dossiers sont en conformité
La quantification			
Globale	✓		Tracée deux fois dans 82% des dossiers à partir de juillet
Initiale		×	Tracée dans 68% des dossiers
Finale	✓		Tracée dans 86% des dossiers
La communication à l'équipe pluridisciplinaire			
Identités		×	-Identités MGO et MAR absentes dans 3 dossiers -Identités AS/AP absentes dans 30% des dossiers à partir de mai
Heure d'appel	✓		Tracée dans 89% des dossiers
Heure d'arrivée		×	Non tracée dans 56% des dossiers à partir d'avril
La prise en charge initiale			
Trendelenburg		×	Tracée dans 2% des dossiers
Remplissage	✓		Tracé dans 92% des dossiers
Pose 2 ^{ème} VVP		×	Non tracée dans 1/3 des dossiers
Etat général (au -3 fois)		×	Non tracé dans 90%
Examen clinique et paraclinique	✓		Tracé dans 95% des dossiers
Massage utérin		×	Non tracé dans 65%
Sondage vésical		×	Non tracé dans 40%
Type d'anesthésie	✓		Tracé dans 95% des dossiers
Délivrance artificielle	✓		Tracée dans 23 dossiers sur 23
Révisions utérines	✓		Tracée(s) dans 97% des dossiers
Examen sous valves		×	Non tracé dans 47% des hémorragies sévères
Chirurgie		×	1 dossier sur 7 sans compte-rendu opératoire

Prescription médicamenteuse					
Conformité globale			✗	49% des prescriptions sont non conformes	
Syntocinon®		✓		92% des prescriptions sont conformes	
Nalador®		✓		41 prescriptions conformes sur 45	
Antibiotiques			✗	-Non conforme dans 48% des cas -Aucune trace dans 15 dossiers sur 103	
Les actes paracliniques					
Bilan sanguin		✓		Tracé dans 100% des hémorragies sévères	
Heure	Opérateur	✓		Tracés dans 4/5 des dossiers	
HémoCue® (non obligatoire)		✓		Tracé dans 53% des dossiers	
Heure	Opérateur		✗	Non tracée dans 1/3	Non tracé dans 1/4
Transfusion sanguine		✓		100% des dossiers conformes (dossier transfusionnel)	
La fin et le bilan de la prise en charge					
Etiologie		✓		Tracée dans 90% des dossiers	
Heure de fin		✓		Tracée dans 93% des dossiers	
Heure/examen clinique/autorisation de transfert et CAT		✓		Tracés dans 93% des dossiers depuis mai	

2 Au regard des hypothèses

- ✓ Face à cette urgence vitale, l'acte médical étant priorisé, il existe un défaut de traçabilité car elle est réalisée a posteriori

Les résultats ont bien montré qu'il existait un défaut de traçabilité, ce qui ne signifie absolument pas que les actes et/ou décisions n'ont pas été mis en place. Cependant d'un point de vue sécuritaire et médico-légal, la traçabilité est la seule preuve de ce qui a été réalisé.

L'apparition en majorité des critères issus de la fin de la prise en charge, comme la quantification finale, est visible. Ceci est la preuve que la fin de la prise en charge laisse plus de place à la traçabilité, le professionnel n'est plus dans l'acte.

- ✓ **Il manque un outil adapté qui permet d'avoir une traçabilité in vivo chronologique du début du diagnostic jusqu'à la fin de la prise en charge**

L'existence d'outil spécifique en rapport avec l'anesthésie et le dossier transfusionnel fait apparaître des résultats s'approchant de la conformité parfaite.

L'ajout d'un outil complémentaire au dossier médical pour le partogramme au cours de l'année, a également contribué à l'amélioration de la traçabilité tout comme la sensibilisation des professionnels.

Un document adapté et spécifique à la traçabilité de la prise en charge de l'hémorragie de la délivrance devrait faire apparaître une nouvelle amélioration.

- ✓ **La sage-femme occupe une place centrale dans la traçabilité de l'hémorragie de la délivrance**

La sage-femme est la première au contact de la patiente au moment du diagnostic, et conditionne la patiente en vue de sa prise en charge. Elle communique de plus la situation à tous les professionnels de santé et coordonne la suite de la prise en charge. Elle est véritablement au centre de la prise en charge de l'hémorragie de la délivrance et par conséquent de sa traçabilité.

3 Les propositions d'amélioration

3.1 Une sensibilisation sur la prise en charge et sa traçabilité

La prise en charge de cette urgence obstétricale récurrente doit être parfaite. Elle ne peut être évaluée qu'a posteriori en analysant sa traçabilité qui est alors le seul témoin de la prise en charge d'un point de vue médico-légal.

Il paraît donc primordial de sensibiliser les professionnels de santé et les étudiants sur l'importance de toute trace écrite face à l'impact médico-légal en lien avec la responsabilité de chacun.

- ✓ **Réunir les professionnels**

Nous pourrions ainsi proposer des rencontres autour de ces thématiques, avec une exposition de cas concrets en comparant leur traçabilité. Des moments d'échanges entre les professionnels seraient très utiles pour améliorer la prise en charge et sa traçabilité. En effet, la

mise en commun de connaissances et d'expériences professionnelles ne peut être que bénéfique au suivi des patientes.

Une sensibilisation des professionnels de santé ainsi que des étudiants autour des recommandations de la HAS de 2004, sur la prévention et la prise en charge de l'hémorragie du post-partum serait bénéfique. Elle pourrait être abordée en fonction des points de non-conformité mis en évidence au cours de notre étude, comme l'importance de la quantification régulière au cours de la prise en charge, afin d'éviter une aggravation de l'hémorragie.

L'organisation de revues de morbidité et de mortalité (RMM) sur l'hémorragie de la délivrance pourrait être effectuée régulièrement au cours de l'année afin d'observer l'évolution des prises en charge à travers leur traçabilité. Les professionnels de santé ainsi que les étudiants devraient y être conviés.

Les professionnels de santé pourraient également être sensibilisés à l'importance d'une prescription conforme de traitement, dans le cadre de leur droit de prescription, pour une démarche sécuritaire tant pour les patientes que pour eux-mêmes.

✓ **Une formation en continu**

Un groupe de travail pourrait également être formé avec plusieurs professionnels du service afin de gérer l'étude de chaque cas d'hémorragie de la délivrance en vue d'améliorer les prises en charge ultérieures.

Aux Etats-Unis, où la pression médico-légale est plus forte qu'en France, ont été mis en place des travaux pratiques spécifiques à la prise en charge de l'hémorragie de la délivrance. Au cours de ces travaux, les équipes de professionnels sont filmées et chronométrées.

En France, une grande attention est accordée à la réanimation néo-natale, avec notamment des travaux pratiques organisés régulièrement pour les professionnels de santé dans les services de salle de naissance. Une même démarche pour la prise en charge de l'hémorragie de la délivrance pourrait être proposée, en effet, ces mises en situation permettent de travailler tant sur la prise en charge que sur sa traçabilité. Ceci pour améliorer encore et toujours le timing de la prise en charge et diminuer le taux de morbidité et de mortalité. La qualité des soins pourrait alors être améliorée, aussi bien par le gain de temps, que par une meilleure gestion du stress de la part du professionnel.

La loi HPST (Hôpital Patient Santé Territoire) du 21 juillet 2009 instaure l'obligation du développement personnel continu (DPC) pour chaque professionnel de santé, elle est obligatoire pour les sages-femmes depuis le 1^{er} janvier 2012. On pourrait alors laisser une place dans ce

dispositif à une formation pour plusieurs sages-femmes sur la prise en charge des urgences obstétricales en salle de naissance et leur traçabilité. Ce thème prend tout son importance à l'heure où l'impact médico-légal occupe une place de plus en plus importante en France.

3.2 Une aide pour la traçabilité : un outil spécifique et adapté

Suite à cette étude, je propose ainsi un outil spécifique à la traçabilité de la prise en charge de l'hémorragie de la délivrance (ANNEXE VI). C'est un document qui permettrait de tracer en temps réel chaque élément de la prise en charge. Il répondrait aux éléments de non-conformité mis en évidence au cours de l'étude.

En salle de naissance, la traçabilité du travail de la patiente est effectuée sur un partogramme, outil permettant une traçabilité en fonction du temps. Cet outil est fiable pour le travail, alors on pourrait envisager une forme analogue d'outil pour tracer la prise en charge de l'hémorragie de la délivrance.

Il comporte un tableau dans lequel les identités de chaque professionnel présent au moment de la prise en charge peuvent être inscrites, ainsi que l'heure d'appel et d'arrivée de chacun. L'identification de chaque intervenant est primordiale car chacun est responsable de ses décisions et de ses actes, qui doivent rester dans les limites de ses compétences.

On peut également y inscrire la présence de la carte de groupe sanguin phénotypée génotypée ainsi que la présence de la recherche d'agglutinines irrégulières.

Une grille permet d'indiquer la clinique et la paraclinique, le conditionnement, l'anesthésie, les actes thérapeutiques et les prescriptions médicamenteuses en fonction du temps en parallèle à une frise chronologique. Il est aussi possible de préciser l'heure de réalisation des prélèvements sanguins.

Le tableau contient un encadré établi pour l'autorisation de sortie avec l'examen clinique et paraclinique final de la prise en charge, qui demande aussi la signature du médecin.

Un emplacement pour la quantité des pertes initiales et finales est prévu, en complément de la ligne spécifique pour la traçabilité de la quantification en fonction du temps au cours de la prise en charge. La quantification de l'hémorragie tracée régulièrement aide à l'évolution des conduites à tenir face à cette pathologie.

Il serait indispensable qu'une présentation de cet outil soit effectuée aux professionnels de santé pour en permettre une utilisation optimale. Cet outil devrait être utilisé pour chaque cas d'hémorragie de la délivrance, et rempli in vivo par un professionnel afin que la traçabilité soit complète et la plus exacte possible. Chaque élément doit être tracé en fonction du temps.

Cet outil, s'il est mis en place, pourrait également permettre d'analyser à nouveau l'évolution des conformités et d'observer si la sensibilisation des professionnels a eu un impact également sur la traçabilité.

3.3 Tableau récapitulatif des axes d'amélioration des critères non conformes

	NON CONFORME	Arguments	Propositions d'amélioration
La quantification			
Initiale	×	Tracée dans 68% des dossiers	Sensibilisation des professionnels sur l'importance de la quantification écrite
La communication à l'équipe pluridisciplinaire			
Identités	×	-Identités MGO et MAR absentes dans 3 dossiers -Identités AS/AP absentes dans 30% des dossiers à partir de mai	Amélioration possible à l'aide d'un outil spécifique et adapté à la prise en charge, qui comprend un tableau spécifique pour les identités des professionnels et les heures d'arrivée
Heure d'arrivée	×	Non tracée dans 56% des dossiers à partir d'avril	
La prise en charge initiale			
Trendelenburg	×	Tracée dans 2% des dossiers	Informations sur l'importance de décrire le conditionnement de la patiente
Pose 2 ^{ème} VVP	×	Non tracée dans 1/3 des dossiers	
Etat général (au -3 fois)	×	Non tracé dans 90%	Sensibilisation sur l'importance de tracer les examens cliniques successifs
Massage utérin	×	Non tracé dans 65%	Sensibilisation sur la traçabilité des actes effectués + Formation en continu des professionnels sur la prise en charge de l'hémorragie
Sondage vésical	×	Non tracé dans 40%	
Examen sous valves	×	Non tracé dans 47% des hémorragies sévères	
Chirurgie	×	1 dossier sur 7 sans compte-rendu opératoire	

Prescription médicamenteuse					
Conformité globale		×	49% des prescriptions sont non conformes		Informations des professionnels sur la conformité des prescriptions de traitement
Antibiotiques		×	-Non conforme dans 48% des cas -Aucune trace dans 15 dossiers sur 103		
Les actes paracliniques: Hémocue®					
Heure	Opérateur	×	Non tracée dans 1/3	Non tracé dans 1/4	Un outil adapté comprenant des cases à remplir spécifiques aux examens paracliniques pourrait permettre l'amélioration de ces critères

3.4 Pour l'avenir

La mise en place des dossiers médicaux informatisés est en cours au CHR Metz-Thionville, comme dans la France entière.

Le dossier informatisé ne laisse que peu de place à l'erreur et demande donc une traçabilité parfaite au cours de la prise en charge. Une traçabilité pourra en outre être identifiée comme ayant été réalisée en temps réel ou a posteriori.

Enfin, ce développement permettra un meilleur archivage et une meilleure traçabilité des actes médicaux, au service des professionnels et des patients.

Conclusion

Aujourd'hui encore, l'hémorragie de la délivrance est la première cause de mortalité maternelle en France. La HAS a publié des recommandations quant à sa prévention et sa prise en charge en 2004.

Ce travail a permis d'évaluer de façon rétrospective, sur le CHR Metz-Thionville au cours de l'année 2011, la traçabilité de la prise en charge de l'hémorragie de la délivrance. Cette traçabilité apparaît aujourd'hui primordiale face à l'impact médico-légal mais également pour améliorer la sécurité des patientes

Nous nous sommes interrogés sur la manière de tracer instantanément et parfaitement la prise en charge de l'hémorragie de la délivrance.

La sage-femme est une des professionnelles garantes de cette traçabilité, car elle est le plus souvent la première au contact de la patiente au moment du diagnostic. De plus, elle conditionne la patiente et participe à sa prise en charge. L'acte est cependant priorisé à l'écrit lors de la prise en charge, le pronostic vital de la patiente étant engagé.

L'étude a également montré qu'un outil spécifique adapté à cette urgence vitale améliore sa traçabilité donc sa prise en charge car elle permet d'adapter la conduite à tenir au fil du temps, comme le recommande la HAS.

Les professionnels de santé devraient être tous garants d'une prise en charge sécuritaire ainsi que de sa traçabilité fidèle. Une sensibilisation des professionnels aux recommandations ainsi que l'organisation de travaux pratiques pourraient optimiser la gestion du facteur temps, essentiel à la prise en charge.

Certains pays travaillent à améliorer la prise en charge de cette pathologie et sa traçabilité grâce à une évaluation de la coordination et de la communication entre les différents intervenants et du chronométrage de la prise en charge.

La traçabilité, au-delà de la pression médico-légale, reste le meilleur outil aidant à la prise en charge de cette urgence vitale afin d'améliorer la sécurité et de diminuer la morbidité et la mortalité maternelle.

Bibliographie

- [1] Subtil D, Sommé A, Ardiet E. et al. « Hémorragies du post-partum : fréquence, conséquences en termes de santé et facteurs de risque avant l'accouchement ». *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la reproduction*. 2004 Vol 33, N° SUP8 pp. 9-16
- [2] Goffinet F, Cabrol D, Pons J-C, *Traité d'obstétrique*. Flammarion Médecine, 2003, 1154p.
- [3] Goffinet F. « Recommandations pour la pratique clinique ». *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la reproduction*. 2004, Vol 33, N° SUP8, pp.824-830
- [4] Garnier Delamare. *Dictionnaire illustré des termes de médecine 28^{ème} édition*. Maloine, 2004. 1046p
- [5] Schuurmans N, MacKinnon C, Lane C et les membres du Comité de pratique clinique-obstétrique. « Prévention et prise en charge de l'hémorragie post-partum ». Directives cliniques de la SOGC, N°88. *J Soc Obstet Gynaecol Can* 2000 ; 22 (4) ; pp. 282-294
- [6] « Recherche épidémiologique en santé périnatale, santé des femmes et des enfants » *Rapport du comité national d'experts sur la mortalité maternelle (CNEMM) 2001-2006*. Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), unité 953.
- [7] Merviel P. et al. « Hémorragies de la délivrance : prise en charge initiale. » *Reproduction humaine et hormones*, 2008, volume XXI, n°4, pp.278 à 286
- [8] Waterstone M, Bewley S, Wolfe C. « Incidence and predictors of severe obstetric morbidity: case-control study » *BMJ* 2001; vol. 322: pp. 1089-1094
- [9] Bouvier-Colle M-H, avec le concours de M. Philibert, « Epidémiologie de la mortalité maternelle en France, fréquences et caractéristiques » *Réanimation* (2007), doi: 10.1016/j.reaurg.2007.07.001.
- [10] Bayoumeu F, Verspyck E. « Prise en charge anténatale : la gestion du risque » *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la reproduction*. 2004, Vol 33, N° SUP8
- [11] Reyat F, et al. « Hémorragies graves du post-partum. Etude descriptive à la maternité Robert DEBRE », *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, 2002
- [12] Levy J. et al. *Précis d'obstétrique-6ème édition*. Paris, Masson, 2003 – pages 362-364

- [13] Tourné G., Collet F. et al. « Intérêt de l'utilisation d'un sac de recueil dans le diagnostic des hémorragies de la délivrance. » *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction* – vol 33 – n°3 – mai 2004 – pp. 229-234
- [14] Graesslin O. « Les hémorragies de la délivrance » *Gyn. Obs* n°532 – 1^{er} décembre 2000 – pp. 12-15
- [15] Poitel B. « Hémorragies du post-partum après accouchement par voie basse : pistes de réflexions. » *Les dossiers de l'obstétrique* – n°311- Décembre 2002- pp. 24-27
- [16] Bocage V. « Prévention et prise en charge des hémorragies de la délivrance. » *Les dossiers de l'obstétrique* – n°263 – Juillet 1998
- [17] Martel MJ. Choc hémorragique. SOCG. 2002, n°115 [en ligne] <http://www.sogc.org/guidelines/public/115F-CPG-Juin2002.pdf> (consulté le 11/11/2011)
- [18] Dahan H. et al. « Prise en charge des hémorragies graves du post-partum par embolisation artérielle sélective. » *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction* vol 28- n°1- Mars 1999- p 55
- [19] « Module de la conception à la naissance » *Hémorragie de la délivrance*, Cours de la faculté de médecine ULP F67000 Strasbourg 2004-2005
- [20] Soubra SH, Kalapalatha K, Guntupalli MD. « Critical illness in pregnancy: an overview.» *Crit Care Med.* 2005, Vol.33, n°10, pp. 248-255
- [21] « CAT devant une hémorragie de la délivrance » *Développement et Santé*, n°134, avril 1998
- [22] « Hémorragie de la délivrance » *Protocole d'obstétrique* Fédération de gynécologie-obstétrique des hôpitaux universitaires de Strasbourg, 2001
- [23] POPPHI. « La prévention de l'hémorragie du post-partum : La gestion active de la troisième période de l'accouchement » (*GATPA*) : *Guide de l'apprenant* – Formation mixte des accoucheurs qualifiés. Seattle: PATH; 2009
- [24] Goffinet F, Haddad B, et al. « Utilisation pratique du sulprostone dans le traitement des hémorragies de la délivrance » *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction* Masson, Paris 1995, 24, pp. 209-216
- [25] Shojai R, et al. « Le misoprostol par voie rectale dans l'hémorragie de la délivrance » *Gynécologie obstétrique et fertilité* 32 (2004)

- [26] Laas E., Saada L., Bui C., et al. (Paris) « Intérêt du tamponnement intra-utérin par ballonnet de Bakri dans la prise en charge des hémorragies graves du post-partum » *Collège national des gynécologues et obstétriciens français et groupe de recherche en obstétrique et gynécologie*, 2010
- [27] Winter C and al., « Policies for management of the third stage of labour and the immediate management of postpartum haemorrhage in Europe : what is the role of evidence ? » *BJOG* 2007 114 pp.845-854
- [28] CASSF/CNOSF. Référentiel métier/compétences de la sage-femme. 01.10.2007 p.10
- [29] Moutel G. «Tenue du dossier médical et bénéfices-risques de la traçabilité des écrits professionnels » Faculté de médecine Paris Descartes, décembre 2009
- [30] Organisation mondiale de la santé. « Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes. » 10^{ème} édition, OMS, 2008
- [31] Tessier V., Pierre F. Facteur de risques au cours du travail et prévention clinique.». *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la reproduction*. 2004 Vol 33, N° SUP8 pp. 4S29-4S56
- [32] Palot M. « Hémorragie de la délivrance. Prise en charge hospitalière initiale.» SFAR 1997, pp. 61-67
- [33] Descargues G. et al. « Les hémorragies non diagnostiquées du post-partum » *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction* vol 30 - n°6 – Octobre 2001 - pp 590-600
- [34] Toohey JS., Keegan KA., Morgan MA., and al. “The dangerous multipara: fact or fiction?” *Am J Obstet Gynecol* 1995; 172:683-6
- [35] Benchimol M, Gondry J, Mention JE, and al. “Place du misoprostol dans la direction de la délivrance. » *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2001 ; 30 : 576-83
- [36] Carbone B, et al. « Recommandations pour la pratique clinique- hémorragie du post-partum immédiat », *CNGOF*, 2004, http://www.engof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_12.HTM [en ligne] (consulté le 14/12/2011)
- [37] Association Française des Gestionnaires des Risques Sanitaires. Les risques obstétricaux, 2003, http://www.afgris.asso.univ-paris7.fr/archives/1-2_F_PUECH.pdf [en ligne] (consulté le 03/01/2012)

[38] Cellule régionale d'hémovigilance d'Aquitaine. Constitution du dossier transfusionnel-recommandations, 2003, http://www.hemovigilancecncrh.fr/Secutran/dossier_transfusionnel_REHAL.pdf [en ligne] (consulté le 28/12/2011)

[39] Goffinet F. et al. « Hémorragies de la délivrance : prise en charge en France et intérêt des prostaglandines » *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction* vol 26 – Supplément 2 – 1997 - pp 26-33

[40] Weka Santé, L'information professionnelle des acteurs de santé, « Les responsabilités et compétences sage-femme », *Les acteurs de santé* éditions Weka, décembre 2009

FICHE COMPLEMENTAIRE PARTOGRAMME

Appel des différents intervenants (anesthésiste/obstétricien/pédiatre)

Heure	Personne prévenue	Motif	Arrivée	Décision

Accouchement

Début effort Expulsif : h
 Naissance : h
 Modalités :
 Périnée :

Modalité et heure de délivrance

DD h SUI de Syntocinon® IVD au dégagement de l'épaule antérieur
 Signature :
 DN h
 DA/RU h Indication :
 RU h Indication :

Quantification des pertes : ml

Nouveau Né

Nom : Nom :
 Prénom : Prénom :
 Sexe : Masculin Sexe : Masculin
 Féminin Féminin

Poids : Poids :
 Apgar : Apgar :
 PH : PH : Lactate : Lactate :

Surveillance du Post Partum Immédiat

Heures	TA, Puls	Involution	Pertes Sanguines	Autres	NOM

Examen de Sortie de Salle de Naissance vers UF

Heures	TA, Puls	Involution	Pertes Sanguines	Autres	NOM et Signature

B6909

Etiquette patiente Date :

Equipe de garde intervenant auprès de la patiente

Intervenant	Equipe 1	Equipe 2 + heure de relève	Equipe 3 + heure de relève
Sage-femme :			
Etudiant SF :			
Obstétricien :			
Interne en obst :			
Anesthésiste :			
Interne en anesthésie :			
IADE :			
Pédiatre :			
Interne en pédiatrie :			
Aide Soignante :			
Auxiliaire Puéricultrice :			

Mode de début de travail

Spontané
 Maturation Indication : Nombre : Date :
 Déclenchement Indication :

Informations complémentaires

Quantification des pertes sanguines d'une accouchée

Délivrance dirigée

Heure et résultat
de la délivrance notés

Quantification des pertes
grâce à un sac de recueil dès
l'expulsion fœtale notée

TA, pulsations, globe utérin
évalués et notés toutes le
30 mns



PREVENTION DE
L'HEMORRAGIE DE
LA DELIVRANCE
OPTIMALE



- Installer la patiente au bord de la table
- Ouvrir le pack et coller son étiquette sur la feuille de traçabilité
- Placer les mains dans l'encoche (logo de mains)
- Glisser le champ sous les fesses de la patiente en positionnant la languette verte mobile dans la poche antérieure
- Ouvrir la poche antérieure pour l'accouchement
- Une fois le clampage du cordon réalisé et avant la délivrance, décoller la bande adhésive pour fermer la poche de l'accouchement puis ramener la poche postérieure vers l'avant
- recueillir et quantifier les pertes grâce à la poche postérieure graduée avant de réinstaller l'accouchée.

ANNEXE IV : Outil d'enquête

Faure Sébastien

14 Novembre 2011

ESF4

La traçabilité de la prise en charge de l'hémorragie de la délivrance

Grille de recueil de données

Item prescription conforme : Si présence du nom de la molécule, de la voie d'administration, du dosage, de l'heure d'administration, du nom et de la signature du prescripteur, et du nom de l'administrateur.


NE = Item non évaluable

Tableau 1/2		N° dossier ...			Date / /					
		OUI	NON	NE	Commentaire					
CONFORMITE PREVENTION	Carte gpe sg phe rh 2 deter									
	RAI < 72h									
	Consultation anesthésie									
INTERVENANTS	Identités	Sage-femme								
		MGO								
		Int MGO								
		MAR								
		Int MAR								
		IADE								
		AS/AP								
	Horaires	Appel								
		Arrivée								
CONDITIONNEMENT	Trendelenburg									
	Clinique	Etat général								
		TA								
		Pulsations								
		Involution								
		Tonicité utérine								
		Pertes sang								
	VVP	Remplissage								
		2 ^{ème} VVP								
	Massage									
	Sondage									
	Anesthésie	APD								
		Réinjection								
		Rachi								
AG										

Tableau 2/2			N° dossier ...		Date / /		N° dossier ...		Date / /			
			OUI	NON	NE	Commentaire	OUI	NON	NE	Commentaire		
PRISE EN CHARGE	Actes thérapeutiques	DA										
		RU	1									
			2									
			3									
		Exam/Valves										
	Chirurgie	Embolisation										
		Ligatures vasc										
		Capitonnage										
		Hystérectomie										
	Prescriptions conformes	Synto®	5 UI									
			10 UI									
		Ephedrine										
		Antibiotiques										
		Nalador®										
		Transfusion	Prescription									
			H Commande									
	H arrivée											
	Nb de poches transfusées											
Actes Paracliniques	Bilan	Heure										
		Opérateur										
	HemoCue®	Heure										
		Opérateur										
SORTIE	Heure											
	Examen clinique											
	Autorisation et CAT											
RESUME	Début	Quantité (mL)										
		Heure										
	Etiologie											
	Fin	Quantité (mL)										
		Heure										

Outil validé le 14 novembre 2011 par Mme Eve Terver, directrice de mémoire

ANNEXE V : Prescription antibioprophylaxie, CHR Metz-Thionville

	ANTIBIOPROPHYLAXIE OBSTETRIQUE	Nom : Prénom : date de naissance : ou étiquette patient
---	---	--

Date et heure :

Prescripteur :

Signature :

Modification de la prescription :

Signature :

ALLERGIE AUX BETA LACTAMINES

OUI NON

à cocher	ACTE CHIRURGICAL	à cocher	1 ^{ère} INTENTION	à cocher	ALTERNATIVE
	<ul style="list-style-type: none"> - Césarienne - Révision utérine - Délivrance artificielle après clampage du cordon - Épisiotomie avec déchirures compliquées complexes 		<p>CEFAZOLINE IV (KEFZOL®) 2g après clampage cordon dose unique</p>		<p>CLINDAMYCINE IV (DALACINE®) 600mg Après clampage cordon Dose unique</p>
	<p>REM > ou = à 12 heures</p>		<p>AMOXICILLINE (CLAMOXYL®) 2g IV (dès le début du travail) puis 1g IV /4h jusqu'à expulsion</p>		<p>ERYTHROMYCINE 1g IV sur 1h puis 0,5g IV par 4h jusqu'à expulsion</p>
	<p>Portage Streptocoque B pendant la grossesse ou si infection materno-fœtale lors d'un précédent accouchement ou si statut inconnu. Uniquement en cas d'accouchement par voie basse</p>		<p>AMOXICILLINE (CLAMOXYL®) 2g IV (dès le début du travail) puis 1g IV /4h jusqu'à expulsion</p>		<p>ERYTHROMYCINE 1g IV sur 1h dès le début du travail puis 0,5g IV par 4h jusqu'à expulsion.</p>

Administrations	1 ^{ère} adm	2 ^{ème} adm	3 ^{ème} adm	4 ^{ème} adm	5 ^{ème} adm
Date et heure:					
Posologie:					
Identification du soignant					

NB : en cas de prescription d'Amoxicilline pour portage de streptocoque beta hémolytique, administrer de la cefazoline pour DA, RU, épisiotomie si la dernière administration Amoxicilline date de plus de 4 heures

Pharmacien :

Procédure correcte : oui non

CLIN/PPT/MC nov 2008

Feuille blanc destiné au dossier patient – Feuille jaune destiné pharmacie

ANNEXE VI : Proposition d'outil spécifique pour la traçabilité de la prise en charge de l'hémorragie de la délivrance

HEMORRAGIE DE LA DELIVRANCE <input type="checkbox"/> SDN <input type="checkbox"/> Bloc Op			Date Heures												Remarques	
Etiquette	H Début	h														
	Quantité	mL														
			CLINIQUE													
Equipes intervenantes			CONDITIONNEMENT													
			ANESTHESIE													
			ACTES THERAPEUTIQUES													
			PRESCRIPTION													
			VVP	<input type="checkbox"/> Conscience / Teint												
				<input type="checkbox"/> TA												
			<input type="checkbox"/> Pulsations													
			<input type="checkbox"/> Involution utérine													
			<input type="checkbox"/> Pertes sanguines													
			<input type="checkbox"/> Trendelenburg													
			<input type="checkbox"/> NaCl												Autorisation de sortie	
			<input type="checkbox"/> G5													
			<input type="checkbox"/> Ringer												Examen de sortie : <input type="checkbox"/> TA <input type="checkbox"/> Pulsations <input type="checkbox"/> Involution <input type="checkbox"/> Lochies Remarques	
			<input type="checkbox"/> Voluven													
			<input type="checkbox"/> Massage utérin													
			<input type="checkbox"/> Sondage/Diurèse													
			<input type="checkbox"/> APD												Sortie vers <input type="checkbox"/> Réa <input type="checkbox"/> Soins continus <input type="checkbox"/> Suite de couches	
			<input type="checkbox"/> Réinjection													
			<input type="checkbox"/> Rachi												Transmissions	
			<input type="checkbox"/> AG													
			<input type="checkbox"/> DA												Résumé : Hémorragie de mL Etiologie :	
			<input type="checkbox"/> 1													
			<input type="checkbox"/> 2													
			<input type="checkbox"/> 3													
			<input type="checkbox"/> Examen/valves												CAT et prescription en PP	
			<input type="checkbox"/> Embolisation													
			<input type="checkbox"/> Ligatures vascul													
			<input type="checkbox"/> Capitonnage													
			<input type="checkbox"/> Hystérectomie													
			<input type="checkbox"/> 5UI													
			<input type="checkbox"/> 10UI													
			<input type="checkbox"/> Pabal													
			<input type="checkbox"/> Antibioprophylaxie													
			<input type="checkbox"/> Nalador PSE													
			<input type="checkbox"/> Débit													
			<input type="checkbox"/> Ephédrine													

Résumé

L'hémorragie de la délivrance est la première cause de mortalité maternelle en France.

80% des décès maternels évitables sont liés à une hémorragie, d'après le Collège National d'Experts sur la Mortalité Maternelle, les principales raisons d'évitabilité étant le retard de diagnostic ou d'intervention, le diagnostic non fait ou erroné et le traitement inadéquat ou mis en œuvre trop tardivement.

Cette pathologie fait partie du quotidien du métier de sage-femme, qui est dans la majorité des cas le premier professionnel médical au contact de la patiente au moment du diagnostic. Elle participe à la prise en charge et donc à sa traçabilité.

La traçabilité est le seul témoin de la prise en charge. Elle doit donc être instantanée et chronométrée afin d'être la plus fiable possible et de permettre une prise en charge adaptée en fonction de l'évolution de l'hémorragie au cours du temps.

Ce mémoire présente une étude de 103 dossiers, analysant la traçabilité de la prise en charge de cette pathologie au sein du CHR Metz-Thionville en 2011.

Cette étude a mis en évidence un défaut de traçabilité, elle a également permis de montrer que la mise en place d'un outil spécifique adapté était capable de l'améliorer.

Une traçabilité optimale est un outil sécuritaire tant pour le professionnel, face à l'impact médico-légal, que pour les patientes car il participe à diminuer la morbidité et la mortalité maternelle.