



HAL
open science

Évaluation de la prise en charge et de la traçabilité de l'hémorragie du post-partum par le remplissage d'une fiche de surveillance

Ophélie Pernot

► **To cite this version:**

Ophélie Pernot. Évaluation de la prise en charge et de la traçabilité de l'hémorragie du post-partum par le remplissage d'une fiche de surveillance : étude réalisée à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy du 1er septembre 2012 au 31 août 2013. Médecine humaine et pathologie. 2014. hal-02095558

HAL Id: hal-02095558

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-02095558>

Submitted on 10 Apr 2019

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 de Lorraine

École de Sages- Femmes Albert Fruhinsholz Nancy

*Evaluation de la prise en charge et de la
traçabilité de l'hémorragie du post-partum par le
remplissage d'une fiche de surveillance.*

*Etude réalisée à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy
du 1^{er} septembre 2012 au 31 août 2013.*

Mémoire présenté et soutenu par
Ophélie PERNOT

Directeur de mémoire : LEMOINE Hélène

Cadre FF sage-femme enseignante

Expert : HECTOR Claire

Cadre FF sage-femme enseignante, sage-femme anesthésiste

Promotion 2014

SOMMAIRE

Sommaire	2
Liste des abréviations.....	4
Introduction	5
<i>Partie 1 : Prise en charge de l'HPP : Généralités</i>	6
1. Contexte et définitions	7
1.1. La santé maternelle	7
1.2. L'hémorragie du post-partum : généralités	9
2. Prise en charge de l'HPP suite aux recommandations de l'HAS.....	12
2.1. Diagnostic	12
2.2. Prise en charge initiale de l'HPP.....	13
2.3. Prise en charge de l'HPP qui s'aggrave	14
3. Application des recommandations dans la pratique clinique	16
3.1. Quelques études nationales	16
3.2. L'étude « HERA »	17
3.3. Etudes à la MRUN	18
3.4. Fiche de surveillance spécifique à l'HPP.....	21
<i>Partie 2 : Prise en charge de l'HPP : Etude et résultats</i>	23
1. Présentation de l'étude	24
1.1. Problématique et objectifs.....	24
1.2. Hypothèses	24
1.3. Type d'étude.....	24
1.4. Population étudiée, échantillonnage.....	25
1.5. Description des données collectées	26
1.6. Méthode d'analyse	27
2. Résultats de l'étude	28
2.1. Description de la population	28
2.2. Remplissage de la fiche de surveillance	28
2.3. Données générales de l'HPP	29
2.4. Diagnostic de l'HPP	31
2.5. Prise en charge initiale de l'HPP.....	32
2.6. Prise en charge dont l'HPP s'aggrave.....	33
2.7. Evaluation de la fiche selon les sages-femmes	33

Partie 3 : Prise en charge de l'HPP : Analyse	34
1. Analyse des resultats	35
1.1. Description de la population	35
1.2. La fiche de surveillance	36
1.3. La traçabilité des gestes	37
2. Retour aux hypothèses et limites	44
3. Axes d'amélioration :	46
Conclusion	47
Bibliographie	48
Table des matières	53
Annexe 1	II
Annexe 2	III
Annexe 3	IV

LISTE DES ABREVIATIONS

APD : Analgésie PériDurale

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

CNEMM : Comité National d'Expert sur la Mortalité Maternelle

DD : Délivrance Dirigée

DIM : Département d'Information Médicale

EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles

HAS : Haute Autorité de Santé

Hb : Hémoglobine

HPP : Hémorragie du Post-Partum

INSERM : Institut Nationale de la Santé et de la Recherche Médicale

IPAQSS : Indicateurs pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins

IV : Intra-Veineux

MRUN : Maternité Régionale Universitaire de Nancy

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RAI : Recherche d'Agglutinines Irrégulières

RPL : Réseau Périnatal Lorrain

RU : Révision Utérine

SAD : Sonde à Demeure

UI : Unité Internationale

VVP : Voie Veineuse Périphérique

INTRODUCTION

Chaque minute dans le monde, une femme meurt durant la grossesse ou l'accouchement.

En France, le taux de mortalité maternelle est élevé par rapport aux autres pays européens.

Ce taux est dominé par une mortalité due à une hémorragie lors de l'accouchement. L'hémorragie du post-partum, reste la première cause de mortalité maternelle en France. Malgré la rareté du décès, plus de 90% des décès par hémorragie pourraient être évités avec une prise en charge plus efficace et plus rapide.

L'instauration de recommandations relatives à l'HPP n'aurait pas amélioré le taux de mortalité maternelle par hémorragie. Le respect des recommandations et l'exhaustivité des gestes sont acquis à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy d'après une étude réalisée en 2010 par S. Sabatini, mais un manque de rigueur dans la traçabilité écrite des gestes effectués est relevé.

Dans notre société actuelle, les actes effectués pour la prise en charge de l'hémorragie du post-partum doivent être tracés dans les dossiers de façon précise, notamment en raison de problèmes médico-légaux. La traçabilité des actes est recommandée par la Haute Autorité de Santé, sur une feuille de surveillance spécifique à la pathologie.

La Maternité Régionale Universitaire de Nancy a, depuis septembre 2013, instauré cette fiche de surveillance afin d'améliorer la traçabilité.

L'intérêt et l'utilisation de cette fiche n'a cessé de m'interpeler, en lien avec l'évitabilité de la mortalité maternelle par HPP.

Devant un tel problème de santé publique, en association avec les recommandations, une étude à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy semble indispensable comparant la prise en charge de l'HPP et sa traçabilité en fonction du remplissage de la fiche. Les résultats seront analysés après les avoir exposés.

PARTIE 1 : PRISE EN CHARGE DE L'HPP :
GENERALITES

1. CONTEXTE ET DEFINITIONS

1.1. La santé maternelle

1.1.1. Définitions et épidémiologie

Afin de rendre homogène le discours des obstétriciens, il semble indispensable de définir les termes essentiels pour mieux comprendre l'intérêt de l'étude.

La santé maternelle regroupe tous les critères de santé chez la femme pendant sa grossesse, son accouchement ainsi que la période du post-partum, c'est-à-dire 28 jours après son accouchement.

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la mortalité maternelle est définie comme "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". Le taux de mortalité maternelle est le rapport entre d'une part le nombre de décès maternels observé en une année et d'autre part le nombre de naissances vivantes de la même année. Il s'exprime par rapport à 100 000 naissances (1).

Il existe encore une mortalité maternelle mondiale trop élevée puisqu'une femme sur 75 décède lors de cette période. Néanmoins on note une nette diminution de 34%, on passe de 546 000 décès en 1990 à 358 000 en 2008 (2). Une diminution de 75% jusqu'à 2015 est l'un des objectifs du Millénaire pour le Développement en 2000 (3).

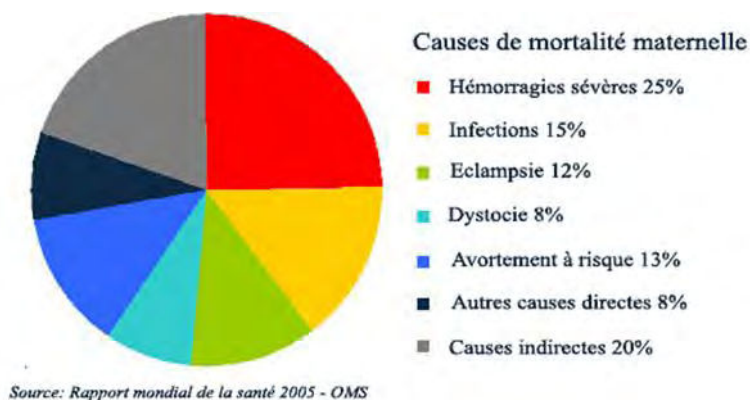
Au niveau mondial, 800 femmes meurent par jour suite à la grossesse ou à leur accouchement dont les causes restent encore évitables.

1.1.1. Causes de la mortalité maternelle

Dans la mortalité maternelle, on distingue tout d'abord les causes directes, c'est-à-dire le décès survenu suite à des pathologies liées à l'accouchement ou la grossesse, des causes indirectement liées à l'accouchement.

La cause principale de décès maternel est l'hémorragie sévère, et tout particulièrement l'hémorragie du post-partum. Viennent ensuite les septicémies, les avortements à risque, les éclampsies, et les dystocies. 20% des décès sont liés à des causes

indirectes où le décès est imputable à des pathologies préexistantes, aggravées par la grossesse ou augmentant les risques de complications, telles que le SIDA, les Hépatites...(4) (5)



1.1.2. Situation en France

En France en 2011, le taux de mortalité maternelle est de 8,8 pour 100 000 naissances. Elle se trouve bien loin des chiffres retrouvés en Afrique centrale, mais loin aussi des meilleurs dont fait partie la Suède avec un chiffre égalant 1 femme pour 100 000 naissances.

D'après l'INSERM, la France est le premier pays européen où l'hémorragie du post-partum constitue la première cause de mortalité maternelle, soit 15%. Au Royaume-Uni ou en Suède, là où la mortalité maternelle est moindre, l'hémorragie du post-partum est seulement la seconde cause de décès maternel. Le taux observé en France est nettement supérieur à celui observé dans les pays industrialisés de l'Europe du Nord (6).

La plupart de ces décès sont évitables car le plus souvent sont liés à des mesures thérapeutiques inappropriées, et ce pourcentage ne diminue pas dans le temps (7)(8). Le tableau ci-dessous rappelle les causes évitables de ces décès par HPP, d'après l'INSERM en 1998.

Traitement inadéquate ou insuffisance de la prise en charge de l'HPP	38%
Retard au diagnostic ou à l'intervention thérapeutique	32%
Négligence de la patiente ou refus de soins	14%
Faute professionnelle	10%
Diagnostic non fait	7%

Ainsi, plus de 80% des décès évitables liés à l'HPP sont dus à des pratiques imparfaites. La France doit réagir et trouver des stratégies adéquates à la prise en charge de cette pathologie dont la fréquence ne diminue pas depuis des années.

D'après le Réseau Périnatal Lorrain (RPL), le taux de mortalité maternelle se trouve à 9,8 pour 100 000 naissances, soit supérieur au taux français. La mortalité et morbidité maternelles lorraines sont étudiées dans un programme actuel « épimoms » en collaboration avec le RPL.

1.2. L'hémorragie du post-partum : généralités

1.2.1. Définition et épidémiologie

L'hémorragie du post-partum (HPP), anciennement appelée hémorragie de la délivrance, est définie comme des pertes sanguines supérieures ou égales à 500 cc dans les 24 heures suivant l'accouchement. Le Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF) fait la distinction entre les hémorragies sévères en cas d'injection de sulprostone, et les hémorragies graves ayant recours à des méthodes chirurgicales (9).

Bien que l'HPP concerne environ 6% des naissances, et que la plupart de ces cas est bien tolérée, une prise en charge active est nécessaire dès la quantité de pertes égale à 500 cc (10). Ce taux est équivalent dans les autres pays européens, ce qui diffère c'est la mortalité maternelle liée à l'HPP. L'évitabilité du décès prend alors une place importante, en particulier dans les maternités réalisant moins de 2000 accouchements par an, où des soins sous-optimaux priment lors de l'urgence (11).

1.2.2. Etiologies

La troisième phase du travail, c'est-à-dire la délivrance, est la plus délétère pour les parturientes. Dans la majorité des cas, l'HPP est due à une pathologie de la délivrance, telle que l'atonie utérine dans 75%, la rétention placentaire ou les anomalies d'insertion placentaire comme le placenta prævia, accreta ou percreta. Les lésions traumatiques génitales (vaginales, cervicales ou utérines) comme les pathologies de l'hémostase antérieures à la grossesse ou induites par la gestation, peuvent aussi être à l'origine d'hémorragie du post-partum (12).

1.2.3. Prévention : principes de sécurité pour toutes les femmes

Au cours de la grossesse, il est nécessaire de dépister les patientes à haut risque à travers les consultations obstétricales et anesthésiques. Cependant, les facteurs de risques sont peu décelables avant le travail.

Lors de ces consultations, des examens transfusionnels doivent être effectués tels que la carte de groupe sanguin bénéficiant de deux déterminations ABO RH1 et KELL1 ainsi qu'une recherche d'agglutinines irrégulières (RAI). Les facteurs de risques d'hémorragies seraient augmentés par la grande multiparité, la surdistension utérine (grossesse multiple, macrosomie...), l'allongement de la durée de travail, l'apport d'ocytocine pendant le travail, une extraction instrumentale et/ou une déchirure périnéale importante, la prolongation de la troisième phase du travail ainsi que la rétention placentaire (13). Ces facteurs de risque sont encore mal étudiés. Dans la moitié des cas, les patientes ayant un facteur de risque ne feront pas d'HPP.

La prophylaxie pour tous est donc le maître mot dans l'hémorragie du post-partum. En 2004, le CNGOF a établi plusieurs recommandations concernant la prévention:

- réaliser un sondage vésical avant ou juste après la naissance ;
- une injection prophylactique d'ocytocine de 5 UI lors du dégagement de l'épaule antérieure en intraveineuse lente ou intramusculaire juste après la naissance afin de pratiquer une délivrance dirigée ;
- la délivrance doit être contrôlée par une traction du cordon, une pression sus-symphysaire ainsi qu'une surveillance permanente ;

- réaliser un examen du placenta et une révision utérine au moindre doute sans délai ;

- vérifier la qualité du globe utérin et pratiquer un massage utérin s'il est hypotonique;

- quantifier les pertes sanguines avec un sac de recueil ;

- et enfin surveiller les constantes hémodynamiques (14).

Enfin, pour une surveillance optimale, il faut conserver les patientes au moins deux heures en salle d'accouchement. (15)

Le protocole médical effectué par la MRUN en mai 2009 se base sur ces recommandations. (36)

2. PRISE EN CHARGE DE L'HPP SUITE AUX RECOMMANDATIONS DE L'HAS

Au vu des constats alarmants sur la mortalité maternelle suite à une HPP et du caractère non optimal de la prise en charge dans la plupart des cas, le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF), avec le partenariat méthodologique et le soutien financier de l'HAS, a émis des recommandations nationales concernant la prise en charge de l'HPP en novembre 2004.

2.1. Diagnostic

Le diagnostic s'effectue lorsque les pertes sont supérieures ou égales à 500cc. La sage-femme se trouve en première ligne pour le diagnostic et les premiers gestes à réaliser. Les pertes doivent être quantifiées objectivement au moment du diagnostic. Les recommandations pour la pratique clinique de 2004 instaurent l'utilisation d'un sac de recueil gradué afin de quantifier les pertes sanguines. Il est simple d'utilisation et a un coût faible. C'est le cas de la MRUN qui utilise ces sacs de recueil. Ce dernier reste néanmoins un outil n'étant pas assez précis pour les HPP graves.

Le diagnostic de l'HPP est difficile pour plusieurs raisons : il y a très fréquemment une sous-évaluation du volume de pertes, une hypervolémie et hypercoagulabilité en fin de grossesse d'origine hormonale notamment les œstrogènes, ainsi que la présence du tonus sympathique qui engendre déjà une vasoconstriction périphérique et une tachycardie. (16)

Le point fort de cette prise en charge est une parfaite collaboration multidisciplinaire, nécessitant une chronologie afin de relever les données et actions réalisées (17). En effet, le facteur temps est primordial, il est important d'y noter l'heure exacte du diagnostic (18). La rapidité de la prise en charge est un élément essentiel pour le pronostic maternel. Le retard au diagnostic est une des causes évitables de la mortalité maternelle d'après le rapport du Comité National d'Expert sur la Mortalité Maternelle (CNEMM).

Lors de la réalisation des premiers gestes, la sage-femme doit prévenir l'obstétricien et l'anesthésiste. Au minimum une sage-femme, un obstétricien et un anesthésiste-réanimateur doivent être présents pour la prise en charge de la patiente.

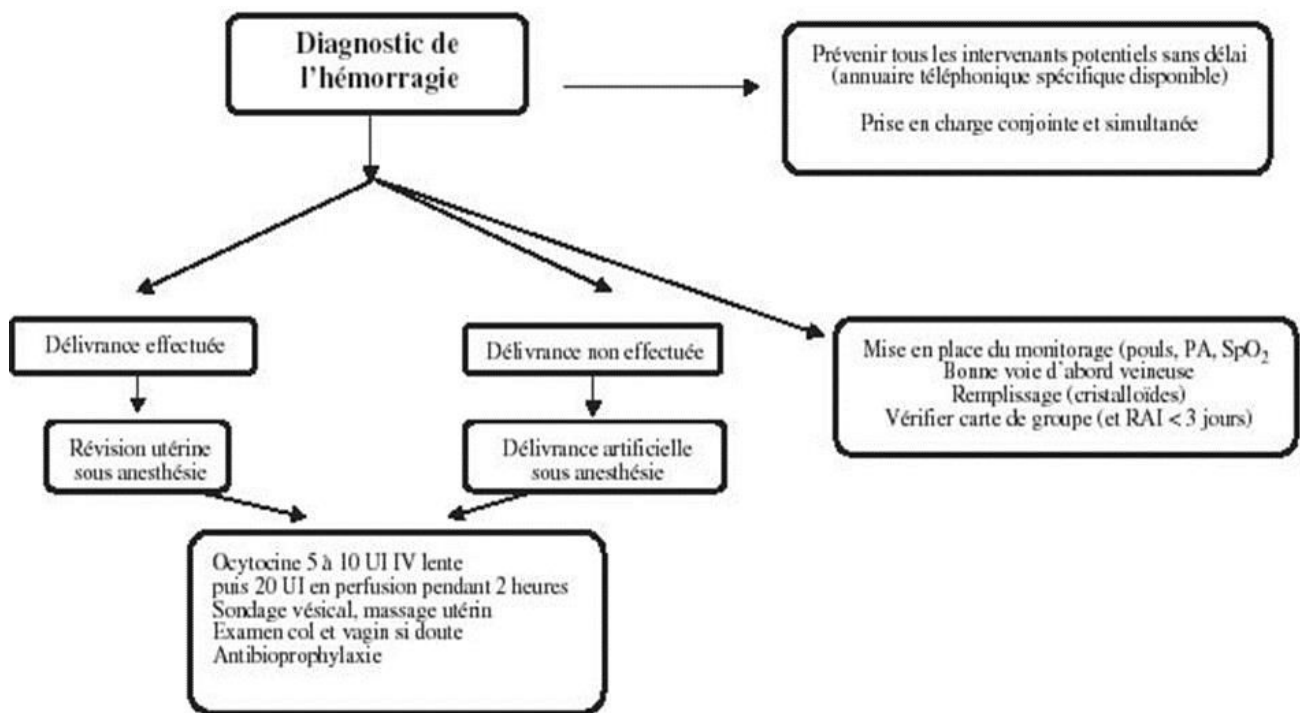
Les recommandations de 2004 divisent la prise en charge en trois étapes (entre l'heure du diagnostic et les 30 minutes suivantes, entre 30 minutes et 60 minutes suivant le diagnostic, et dépassant les 60 minutes d'hémorragie) (9). Ces délais sont modulables en fonction de l'abondance des saignements, et de l'état hémodynamique de la patiente. Nous ne développerons pas la prise en charge des HPP sévères puisque l'évaluation de la prise en charge portera sur les deux premières étapes. Le facteur temps est alors très important et chaque action entreprise doit être chronométrée.

2.2. Prise en charge initiale de l'HPP

Il est recommandé de procurer à la parturiente une anesthésie adaptée à la pratique des gestes obstétricaux dans des conditions de sécurité optimales et dans de brefs délais. Si la patiente n'a pas bénéficié d'une analgésie péridurale pendant le travail, une rachianesthésie est fréquemment mise en place au moment du diagnostic mais peut faire retarder la prise en charge.

Entre T0 et T30min, il est primordial d'assurer la vacuité utérine et d'injecter l'ocytocine (5UI en intraveineuse directe et 5 ou 10UI en perfusion). Il est nécessaire de vider la vessie si cela n'a pas été réalisé au moment de l'accouchement. La troisième action pour tonifier l'utérus est le massage utérin. Il convient de réaliser une délivrance artificielle si le placenta n'est pas décollé ou une révision utérine même si le délivre paraît complet à l'examen; dans ce même temps vérifier l'état de la filière génitale par valves.

Lors de ces gestes endo-utérins, une antibioprofylaxie à large spectre sera mise en place (molécule en fonction du protocole de service) précisant l'heure, la posologie ainsi que la voie d'administration (19)(20). Toutes ces actions sont entreprises sous la surveillance de l'état hémodynamique de la patiente.



Source : www.cngof.asso.fr

2.3. Prise en charge de l'HPP qui s'aggrave

A partir de 30min de saignements actifs, l'hémorragie est qualifiée de sévère, des mesures plus spécifiques sont à mettre en place.

Un bilan sanguin doit être réalisé (bilan de coagulation, numération sanguine, s'assurer de la validité du groupage sanguin et du RAI) ainsi qu'un contrôle rapide de l'hémoglobine afin d'apprécier les déperditions sanguines et sa répercussion sur l'état maternel. Une deuxième voie veineuse périphérique doit être posée. L'installation d'une sonde urinaire à demeure et surveillance horaire de la diurèse sont recommandées. Puis il convient d'injecter des analogues aux prostaglandines E2, le sulprostone sous le nom commercial Nalador® (soit 500µg sur 1h, puis 500µg en 5h) (19)(20)(21).

La Fédération Internationale de Gynécologie et Obstétrique recommande l'administration d'une dose de 800 µg de misoprostol par voie sublinguale lorsque 40 UI d'ocytocine par voie IV n'est pas disponible (22).

Plusieurs études ont démontré qu'une injection de misoprostol, un analogue aux prostaglandines E1, diminuerait la chute d'hémoglobine, mais ne réduirait pas l'utilisation du sulprostone. Cette molécule, sous le nom commercial de Cytotec® ou

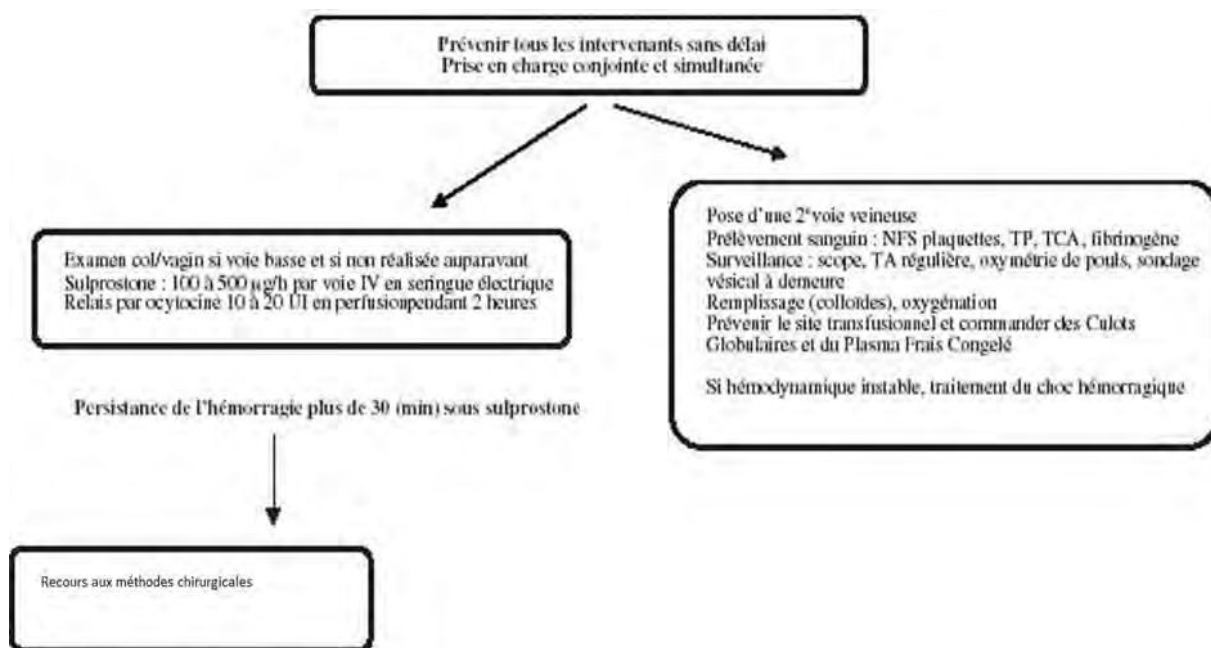
Gymiso®, n'est pas utilisée dans les pratiques courantes et n'a pas l'autorisation de mise sur le marché pour le traitement de cette pathologie (23)(24)

Enfin, si l'hémoglobine chute brutalement et devient inférieure à 7g/dl une transfusion sanguine sera réalisée.

Toutes ces actions entreprises doivent être tracées et chronométrées dans le dossier. Une surveillance précise et régulière doit faire l'objet d'une attention particulière.

Après l'échec du traitement médicamenteux, les anglo-saxons utilisent depuis quelques années une méthode de tamponnement intra-utérin appelé le ballonnet de Bakri. Le saignement doit s'arrêter en quelques minutes, sinon le test est considéré comme un échec. En France, cette méthode est de plus en plus utilisée, mais n'entre pas encore dans les recommandations (25).

Au-delà d'une heure de saignements actifs, la parturiente est transférée au bloc opératoire afin de recourir aux méthodes chirurgicales.



Source : www.cngof.asso.fr

3. APPLICATION DES RECOMMANDATIONS DANS LA PRATIQUE CLINIQUE

3.1. Quelques études nationales

3.1.1. Le CNEMM

Le plan périnatalité de 2005-2007 a permis de montrer qu'une dynamique nationale a été engagée sur la mortalité maternelle.

L'évaluation des pratiques professionnelles concernant la prise en charge de l'hémorragie du post-partum démontre qu'après ces recommandations, les pratiques professionnelles ont peu changé mais sont conformes aux recommandations. Néanmoins, le comité national ne retrouve pas de baisse de la mortalité maternelle entre 2004 et 2006. Suite à cette étude, le CNGOF propose que l'hémorragie soit quantifiée et qu'une prescription de mesures thérapeutiques doit être exécutée dès le moindre signe. Ces deux critères réduiraient de moitié la mortalité maternelle. Une seconde étude a été réalisée entre 2007 et 2009, retrouvant une mortalité maternelle deux fois plus élevée en France qu'au Royaume-Uni ou aux Pays-Bas. Certes, cette mortalité diminue suite à une atonie utérine, mais le CNEMM décrit une augmentation des anomalies placentaires. Dans les HPP retrouvées sur ces deux années, 83% avaient reçu des soins non optimaux, et 83% des décès étaient évitables (26).

3.1.2. Etudes Sphère et Pithagore

L'étude Sphère se basait sur les HPP ayant lieu en Basse-Normandie, alors que Pithagore 6 a été réalisé sur six réseaux français soit 16 maternités.

Les programmes Sphère et Pithagore 6 partageaient le même but, diminuer l'incidence des HPP sévères, mais différaient dans leur stratégie. Ils adoptaient la même définition de l'HPP, définition clinique, et de l'HPP sévère.

Les résultats ont démontré, dans ces deux études, une augmentation significative des gestes préventifs : administration prophylactique d'ocytocine. De plus, en cas d'atonie utérine persistante, on retrouve une nette diminution du délai d'administration

du sulprostone. Mais on ne retrouve aucun autre changement significatif dans les mesures thérapeutiques. Afin de diminuer le taux d'HPP sévères, un changement des pratiques professionnelles, concernant la prise en charge immédiate de l'HPP avec administration de thérapeutiques, devrait être observé.

Pithagore 6 a constitué un débat sur les stratégies efficaces à mettre en œuvre dans les prises en charge des HPP afin de réduire l'incidence des formes les plus sévères. (5)(27)

3.1.3. Etude nationale de Dupont et Deneux-Tharaux

D'après cette étude réalisée sur 106 maternités françaises entre 2004 et 2006, l'incidence des hémorragies graves de la délivrance augmente sans cesse malgré la mise en place des recommandations. Ceci s'expliquerait par l'inégalité de la réalisation des soins en fonction des établissements. En effet, les maternités universitaires, telles que la MRUN, respectent plus les recommandations que les autres établissements (publics, privés ou non universitaires). (28).

3.2. L'étude « HERA »

L'étude HERA est une étude nationale visant à réaliser une évaluation des pratiques professionnelles (EPP) dans toutes les maternités françaises membres de la Fédération Française des Réseaux de Santé en Périnatalité. 301 maternités ont participé à cette étude. Elle vise à évaluer l'impact des stratégies de prévention et de diagnostic précoce des HPP. L'analyse des actions mises en place, sous l'égide des réseaux pour prévenir et/ou réduire la morbidité liée aux HPP, est réalisée par un audit organisationnel au sein de chaque maternité et par l'évaluation de la santé des femmes. (29)

Au sein du RPL, toutes les maternités, soit 18, disposent d'un protocole écrit relatant la prise en charge des HPP.

Les résultats sont présentés dans le tableau ci-dessous. (30)

18 maternités	% de maternité du RPL
Politique de DD systématiques	86,6%
DD par ocytociques (5 UI IVD)	93,3%
Heure du diagnostic de l'HPP	44,4%
DA dans les 30min	61,1%
Quantifications des pertes sanguines	94,4%
Notification de volume de pertes dans le dossier	38,8%
Gestes techniques (vidange vésicale, examen sous valves, Révision utérine)	77,7%
Utéro-toniques, remplissage, antibioprophylaxie	66,6%
Surveillance tensionnelle	27,7%
Feuille spécifique de surveillance HPP	11,1%

Source : Diaporama de présentation de résultats préliminaires. RPL, 2012.

3.3. Etudes à la MRUN

3.3.1. Processus de certification de 2007

Une évaluation des pratiques professionnelles concernant la prise en charge des HPP a été mise en place à la MRUN dans le cadre de la procédure de certification de l'établissement en 2007. Son but était de démontrer la conformité des soins dispensés à la MRUN par rapport aux recommandations de l'HAS. (31)

Les critères de recueil concernaient tout d'abord la prévention primaire. Elle doit être effective à toutes les patientes par une carte de groupe sanguin complète avec 2 déterminations, une consultation d'anesthésie, une pose de voie veineuse périphérique, une délivrance dirigée systématique et enfin un examen complet du placenta. Puis, les critères recueillis jugeaient de l'efficacité du diagnostic de l'HPP par la présence de l'heure du diagnostic, le relevé chronologique des actes, une évaluation des pertes, une révision utérine, un examen de la filière génitale par valves... Enfin, les gestes techniques

effectués sont le monitoring, les prélèvements sanguins, le remplissage vasculaire, l'utilisation de sulprostone...

On retrouve des résultats positifs, notamment la prévention primaire de l'HPP : 100% des patientes avaient bénéficié de l'analyse de leur groupe sanguin rhésus avec deux déterminations, d'une consultation d'anesthésie, d'une voie veineuse périphérique, d'un examen complet du placenta. Un relevé chronologique des éléments de surveillance avait été établi dans tous les cas. Toutes les patientes avaient bénéficié d'un traitement utérotonique et avaient été surveillées par la mise en place du scope, pression artérielle non invasive et saturation en oxygène.

En revanche, on observe que la délivrance dirigée ainsi que la vidange vésicale n'ont pas été effectives dans 12% des cas, la révision utérine et la réalisation du bilan sanguin (numération formule/crase, hémocue) dans seulement 6% des cas.

Quelques points négatifs sont à souligner comme l'absence de délivrance artificielle effectuée dans les 30 minutes suivant un non décollement placentaire pour 84% des patientes. Le système d'évaluation des pertes, à savoir le sac de recueil, n'est pas jugé précis dans 93% des cas et l'examen sous valves n'a pas été effectué chez 42% des patientes.

3.3.2. Protocole médical de mai 2009

Un protocole médical a été instauré à la MRUN en mai 2009 visant à redéfinir l'HPP ainsi que sa prévention et la prise en charge initiale et de l'HPP qui s'aggrave. Il rappelle tous les numéros d'urgence nécessitant une prise en charge multidisciplinaire. A noter qu'actuellement, tous les protocoles médicaux de la MRUN sont disponibles dans un logiciel appelé « BlueKangoo » s'incluant dans « Intranet » de chaque ordinateur.

D'après un mémoire réalisé par S. Sabatini évaluant les pratiques professionnelles concernant la prise en charge de l'HPP à la MRUN en 2009, la prise en charge paraît conforme au protocole instauré en salle de naissances. Néanmoins, on note un manque de rigueur dans les transmissions écrites des actes réalisés (32).

3.3.3. IPAQSS

Depuis 2008, la « HAS est engagée dans la généralisation d'indicateurs de qualité en coopération avec le ministère de la santé, afin de renforcer l'amélioration de la qualité des soins ». Le recueil IPAQSS des HPP demandé par la HAS a mis en exergue des critères qu'il fallait impérativement tracer dans le dossier médical.

Ces critères concernent tout d'abord la prévention de l'HPP : une injection prophylactique d'ocytocine afin d'exercer une délivrance dirigée ainsi qu'une révision utérine en cas de rétention de cotylédons ou de membranes ; puis une surveillance de deux heures minimales en salle des naissances. Enfin, trois autres critères évaluent la prise en charge de l'HPP immédiat, à savoir : l'heure du diagnostic doit précéder une quantification des pertes ainsi qu'un relevé chronologique des soins prodigués sur une fiche spécifique ; la réalisation d'une délivrance artificielle ou d'une révision utérine au moindre doute ; puis l'ajout d'une antibioprofylaxie à large spectre en cas de gestes endo-utérins (33).

Deux recueils de données ont été effectués à la MRUN : un au printemps 2012 et le second au printemps 2013, avec chacun d'eux l'étude de 60 dossiers dont l'HPP a eu lieu l'année précédant le recueil soit en 2011 pour le premier et en 2012 pour le second.

- Concernant la prévention de l'HPP :

- 52% en 2013 versus 5% en 2012 des dossiers contiennent la trace de la modalité de la délivrance, d'une injection prophylactique d'ocytocine et la conclusion de l'examen du placenta.

- 62% en 2013 versus 35% en 2012 des dossiers possèdent une traçabilité de la surveillance clinique minimale au moins dans les deux heures après l'accouchement.

On observe alors une augmentation significative de la traçabilité des gestes de prévention à la MRUN. En 2013, on note néanmoins seulement 35% des dossiers complets, c'est-à-dire comprenant les deux items ci-dessus.

- Concernant le diagnostic de l'HPP :

- 72% en 2013 versus 52% en 2012 des dossiers ont une indication du diagnostic ainsi qu'une quantification du saignement.

- 94% en 2012 versus 92% en 2013 des dossiers recensent les gestes endo-utérins réalisés.

De nouveau, une augmentation significative de la traçabilité du diagnostic est observée. En 2013, 70% des dossiers paraissent complets concernant le diagnostic de l'HPP, répondant aux deux critères précédents.

Ces résultats de l'établissement ont été comparés aux résultats nationaux :

	Recueil 2012 (données 2011)		Recueil 2013 (données 2012)		Objectifs nationaux
	Résultats MRUN	Résultats nationaux	Résultats MRUN	Résultats nationaux	
Trace de la délivrance	5%	24%	52%	37%	80%
Surveillance post-partum	35%	41%	62%	53%	80%
Diagnostic de l'HPP	52%	65%	72%	71%	Non renseigné
Gestes endo-utérins	92%	90%	94%	90%	Non renseigné

Comparant les chiffres nationaux et ceux de la MRUN, les résultats étaient insuffisants à la MRUN en 2012, alors qu'on observe une nette amélioration de la traçabilité en 2013. De ce fait, on retrouve une meilleure traçabilité, concernant les gestes de prévention et de diagnostic de l'HPP, à la MRUN par rapport à la moyenne nationale. (33)(34)

Néanmoins, les objectifs nationaux fixés atteignant les 80% dépassent encore les résultats obtenus en 2013 à la MRUN.

3.4. Fiche de surveillance spécifique à l'HPP

D'après le RPL en 2012, seulement 11% des maternités utilisent une feuille spécifique de surveillance de l'HPP.

Afin d'améliorer la traçabilité des événements, impliquant l'amélioration de la prise en charge de l'HPP, les cadres de santé ainsi que des sages-femmes de salle de naissance de la MRUN ont réalisé une fiche spécifique à la surveillance de l'hémorragie de la délivrance (Annexe 1). Elle est fonctionnelle depuis début septembre 2012 et dépend des recommandations faites par le CNGOF en 2004. De plus l'HAS recommande une fiche de surveillance de l'hémorragie afin d'améliorer la prise en charge chronométrée de l'HPP et la traçabilité des événements (28) (33) (34) (35).

Les sages-femmes sont en première ligne pour permettre la prise en charge de l'HPP. C'est donc elles qui, la plupart du temps, remplissent la fiche de surveillance, ou tout du moins un professionnel de santé ayant pris en charge l'HPP (comme l'anesthésiste, l'obstétricien ou encore l'étudiant sage-femme). Son introduction étant encore récente, il apparait (sans chiffre encore à l'appui) que cette fiche n'est pas remplie automatiquement à chaque HPP.

Depuis décembre 2013, un chariot d'urgence a été installé en salle d'accouchement à la MRUN. Il est composé de tous les éléments nécessaire à la prise en charge : solutés, valves, Hémocue, seringue électrique...

***PARTIE 2 : PRISE EN CHARGE DE L'HPP :
ETUDE ET RESULTATS***

1. PRESENTATION DE L'ETUDE

1.1. Problématique et objectifs

La problématique est la suivante :

Une fiche de surveillance spécifique à l'HPP améliore-t-elle la prise en charge l'hémorragie du post-partum ? Qu'en découle la traçabilité ?

L'objectif principal de l'étude est de comparer la prise en charge de l'HPP en fonction du remplissage ou non de la fiche, sur les critères suivant : la quantité de pertes, l'exhaustivité des gestes ainsi que le temps de prise en charge.

Les objectifs secondaires sont de déterminer la qualité de la traçabilité ainsi que l'utilité de la fiche auprès des sages-femmes travaillant en salle des naissances à la MRUN.

1.2. Hypothèses

Les hypothèses sont les suivantes :

- La traçabilité des gestes essentiels à la prise en charge de l'HPP est de meilleure qualité lorsqu'une fiche de surveillance est remplie.
- La quantité des pertes après une hémorragie de la délivrance est moins importante lorsqu'il y a eu une fiche remplie.
- La fiche de surveillance permet une exhaustivité des gestes plus accrue, améliorant la rapidité de la prise en charge.
- La fiche permet une amélioration de la prise en charge d'une HPP, par une aide à la prise de décision et la réalisation de gestes plus systématique chez les sages-femmes.

1.3. Type d'étude

L'étude de ce mémoire est une étude prospective exhaustive sur un an de toutes les HPP qui se sont produites à la MRUN, du 1er septembre 2012 au 31 août 2013. La date du début a été choisie du fait de la mise en place de la fiche de surveillance de l'HPP

soit le 1er septembre 2012. Les données sont collectées par le biais d'un bordereau d'informations (Annexe n°2) rempli après visualisation de chaque fiche ou de chaque dossier.

Dans un deuxième temps, un questionnaire destiné à toutes les sages-femmes travaillant en salle des naissances leur a été remis afin d'apprécier, selon elles, l'utilisation et l'intérêt de la fiche dans la prise en charge de l'HPP.

1.4. Population étudiée, échantillonnage

Concernant l'évaluation de la prise en charge de l'HPP, la population source est définie comme toutes les patientes ayant eu une hémorragie de la délivrance, c'est-à-dire des pertes sanguines supérieures à 500cc, ayant accouché par voie basse à la MRUN, entre le 1er septembre 2012 (date de mise en fonction de la fiche) et le 31 août 2013. Le critère d'exclusion sera donc les hémorragies de la délivrance après une césarienne puisque les fiches de surveillance ne sont pas disponibles au bloc opératoire, ce qui causerait un biais dans l'étude.

L'exhaustivité des repérages des cas d'HPP a été assurée par un contrôle systématique du cahier d'accouchement de la maternité, en y reprenant les numéros IPUM à chaque cas. De plus, une demande de dossiers au DIM a été faite où les HPP sont repérées par des fiches remplies en salle des naissances.

A noter que 13 dossiers pour lesquels les femmes auraient eu une HPP ont été recensés au DIM. Néanmoins en étudiant ces dossiers les pertes totales étaient estimées inférieures à 500 cc ce qui n'impliquent pas d'HPP selon la définition. Ces dossiers ont donc été exclus de l'étude.

L'échantillon est divisé en deux groupes, un premier où il y a une fiche de surveillance remplie, et un deuxième sans fiche retrouvée, ce qui permet de comparer la prise en charge et la traçabilité de ses deux groupes.

Nous avons donc 72 dossiers répondant aux critères d'inclusion, pour la totalité des deux groupes.

L'étude sur le ressenti des sages-femmes quant à l'utilisation de la fiche est réalisée auprès de toutes les sages-femmes travaillant en salle des naissances de la maternité régionale de Nancy, y compris celles alternant avec un autre service, c'est-à-dire 25 sages-femmes. Les questionnaires ont été distribués entre le 1^{er} septembre 2013,

et le 31 octobre 2013 ; c'est-à-dire après le recueil de données terminé afin d'éviter tout biais concernant le remplissage de la fiche. 24 questionnaires sur 25 ont été remplis, soit 96%.

1.5. Description des données collectées

➤ Grâce au bordereau de recueil réalisé, toutes les données collectées sont nécessaires à la comparaison de la prise en charge des deux groupes de population. Il est constitué en trois parties :

- Données descriptives des patientes : L'âge, la parité, et le terme d'accouchement, ainsi que la présence ou non d'une anesthésie (Analgésie péridurale avec une réinjection au moment de l'HPP ou pas, une rachianesthésie, ou encore une anesthésie générale) semblent importants à relever afin d'évaluer le contexte de l'hémorragie. Ce dernier item peut avoir un impact sur le temps de prise en charge si aucune analgésie n'est en place.

- Les données générales : Savoir dans un premier temps si la fiche est remplie ou pas afin de pouvoir classer chaque patiente dans un groupe de population. Ensuite, ce qui paraît nécessaire à comparer dans la prise en charge est : tout d'abord la quantité de pertes sanguines au total évaluées par le sac de recueil gradué (exprimée en centimètres cubes), puis la rapidité de la prise en charge qui est évaluée en une différence de temps entre l'heure du diagnostic de l'hémorragie et l'heure où les pertes sont devenues physiologiques. Cet intervalle de temps est choisi puisque dans chaque dossier on retrouve la notion de stabilité des pertes (ce temps sera exprimé en minutes).

- Actes réalisés : Tous les actes recensés sont ceux écrits sur la fiche de surveillance, réalisée avec les recommandations décrites par la HAS en 2004. Que la fiche soit remplie ou non, un audit de chaque acte énoncé par la HAS est réalisé. Les gestes recommandés pour la prise en charge de l'HPP sévères sont divisés en deux temps : entre T0 et T30min, et T30 et T60min. Nous nous arrêterons à la prise en charge des HPP

jusqu'à T60min puisque après la chirurgie est évoquée et la fiche n'est pas suivie jusqu'au bloc opératoire.

Nous n'étudierons pas l'utilisation du ballonnet de Bakri, son utilisation étant opérateur dépendant, ainsi que l'administration d'Exacyl® puisque ils ne se trouvent pas dans les recommandations de l'HAS.

➤ Enfin, suite au questionnaire distribué aux sages-femmes (Annexe n°3), l'intérêt est d'évaluer selon elles, l'utilité de la fiche dans les prises de décision et la réalisation d'actes plus systématique. La connaissance de la fiche et son utilisation sont les premiers thèmes recueillis. Pour terminer, un commentaire général est à disposition ainsi qu'une ou plusieurs idées d'amélioration de la fiche.

1.6. Méthode d'analyse

Les variables quantitatives sont les quantités de pertes sanguines après l'hémorragie, le temps de prise en charge entre l'heure du diagnostic et la stabilisation des pertes. Il conviendra d'effectuer la moyenne et l'écart-type lorsqu'il s'agit de valeur suivant une loi normale, et de présenter la médiane et le minimum et maximum lorsque la loi n'est pas normale.

Les variables qualitatives seront exprimées en fréquence (%) pour tous les critères cités ci-dessus permettant d'évaluer la fréquence de chaque acte réalisé.

L'étude sera basée sur des comparaisons entre les deux échantillons de population (ayant une fiche remplie, et sans fiche remplie). Pour les comparaisons de moyenne, on utilisera le test T-Student, si la distribution est normale. Le test du Chi² sera utilisé pour la comparaison de fréquence.

Pour cela, une puissance de 80% et un coefficient α égale à 0,05 (risque de première espèce c'est-à-dire risque de déclarer une différence significative alors qu'elle n'existe pas) sont utilisés.

Seules l'utilisation de fréquence et l'analyse des commentaires seront utilisés pour étudier le questionnaire destiné aux sages-femmes.

2. RESULTATS DE L'ETUDE

2.1. Description de la population

L'âge moyen de la population des femmes ayant eu une HPP est de 28,4ans.

L'âge gestationnel moyen à l'accouchement des femmes est de 39 SA.

Figure 1

Répartition de la parité dans l'échantillon de patientes ayant eu une HPP

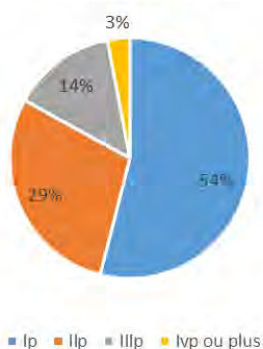
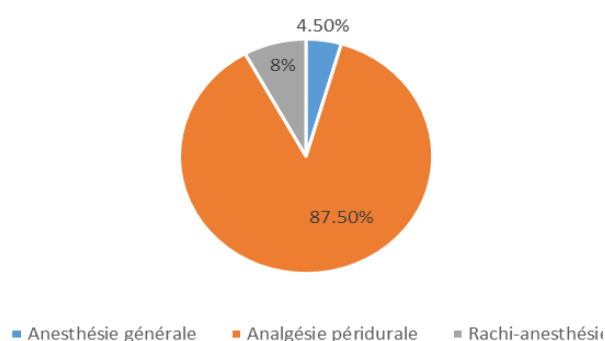


Figure 2

Répartition de l'anesthésie utilisée lors de la prise en charge de l'HPP



Dans la population, plus de la moitié des patientes sont primipares, peu d'entre elles sont des grandes multipares.

A noter, toutes les patientes ont bénéficié d'une anesthésie pour la prise en charge de l'HPP, dont la plupart une analgésie péridurale.

2.2. Remplissage de la fiche de surveillance

72 patientes ont présenté une HPP entre le 1^{er} septembre 2012 et le 31 août 2013.

Ce qui représente 2% des accouchements, puisque lors de cette période 3285 accouchements ont eu lieu.

Ainsi l'échantillon N=72 présente deux groupes :

- 32/72 dossiers retrouvent une fiche de surveillance de l'HPP, soit 44.44%
- 40/72 dossiers n'ont pas de fiche de surveillance remplie, soit 56.66%.

On retrouve alors plus de la moitié des prises en charge d'HPP n'ayant pas utilisé la feuille de surveillance.

L'étude des dossiers va être divisée en ces deux groupes afin de pouvoir comparer la prise en charge ou tout du moins évaluer les informations requises lors de la prise en charge de l'HPP.

Dans cette étude, à chaque moment l'échantillon contiendra deux groupes à savoir « **Dossiers dont les fiches de surveillance sont remplies** » versus « **Dossiers dont les fiches de surveillance ne sont pas remplies** », pour les comparer à chaque item. Ainsi dans la plupart des cas, la variable d'exposition sera donc le remplissage ou non de la fiche.

2.3. Données générales de l'HPP

2.3.1. Temps de prise en charge

Le temps de prise en charge a été évalué par une différence de temps entre l'heure du diagnostic et l'heure à laquelle on retrouve une stabilité des pertes, c'est-à-dire des saignements physiologiques.

Pour l'échantillon « fiche remplie » : la moyenne est de **33.60**, l'écart type de **18.70**.

Pour l'échantillon « fiche non remplie » : la moyenne est de **36.32**, l'écart type de **14.77**.

A noter, on retrouve seulement 70 dossiers correspondant à ce critère, deux dossiers dont les fiches de surveillance n'ont pas été remplies ne mentionnent pas la stabilisation des pertes d'où une valeur de temps de prise en charge manquante.

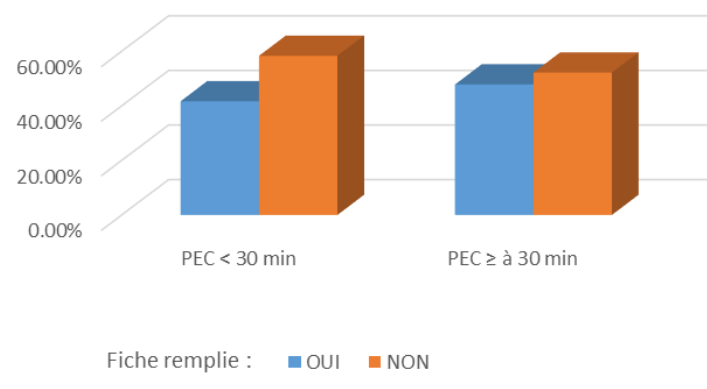
La valeur de p est égale à **0.50727**. Ainsi, on n'observe pas de différence significative concernant le temps de prise en charge de l'HPP entre ces deux populations ($p > 0,05$) (cela ne signifie pas qu'il n'y a pas de différence réelle).

Néanmoins, on observe que la moyenne du temps de prise en charge de l'échantillon « fiches non remplies » est supérieure à l'échantillon « fiche remplie ».

D'après l'étude de l'écart-type, le temps de prise en charge est plus homogène lorsqu'une fiche est remplie.

Figure 3

Remplissage de la fiche de surveillance en fonction du temps de prise en charge



Pour une prise en charge supérieure ou égale à 30 min c'est-à-dire pour une HPP qui s'aggrave, on retrouve 63.9% des HPP, donc 33.33% des prises en charge durant moins de 30min.

Statistiquement, plus la prise en charge tarde, plus la fiche de surveillance est remplie.

2.3.2. Quantité totale de pertes

Pour l'échantillon « fiche remplie » : la moyenne est de **906.88**, l'écart type de **322.48**.

Pour l'échantillon « fiche non remplie » : la moyenne est de **752.26**, l'écart type de **226.70**.

A noter, on retrouve 9 dossiers dont les fiches de surveillance ne sont pas remplies, ne mentionnent pas la quantité totale de pertes.

La valeur de p est égale à **0.0498**. On observe une différence significative concernant la quantité totale de pertes de l'HPP entre ces deux populations ($p < 0,05$). Statistiquement, la quantité de pertes se trouve alors plus importante lorsqu'une fiche de surveillance a été remplie que lorsqu'elle n'a pas été utilisée.

D'après l'étude de l'écart-type, on retrouve une différence plus importante des différentes quantités de pertes dans l'échantillon « fiche remplie ».

2.4. Diagnostic de l'HPP

Les éléments de diagnostic ont été répertoriés par l'heure du diagnostic, l'heure de l'appel de l'équipe multidisciplinaire (anesthésistes et obstétriciens appelés en même temps dans tous les cas), et la quantité de pertes au moment du diagnostic. Tous les dossiers sont inclus dans ce tableau, soit 72.

Tableau 1 : Traçabilité des éléments de diagnostic de l'HPP en fonction du remplissage de la fiche.

	Fiche remplie n (%) n = 32	Fiche non remplie n (%) n = 40	P
Traçabilité heure du diagnostic	32 (100%)	37 (92.5%)	NS
Traçabilité appel équipe	31 (96.88%)	32 (80%)	0.031444867
Pertes quantifiées au diagnostic	31 (96.88%)	27 (67.5%)	0.001752374

NS : Non Significatif : $p > 0.05$. Il n'y aurait statistiquement pas de différence de traçabilité en fonction du remplissage ou non de la fiche.

Dès le diagnostic posé, la sage-femme met en œuvre immédiatement les premiers gestes de la prise en charge initiale, avec l'aide des autres membres de l'équipe dès leur arrivée.

2.5. Prise en charge initiale de l'HPP

La prise en charge est dite initiale entre le moment du diagnostic (T0) jusqu'aux 30 minutes de prise en charge des saignements actifs (T30). Cette prise en charge doit être réalisée pour toutes les HPP, soit dans cette étude 72 dossiers.

Tableau 2 : Traçabilité de la prise en charge initiale de l'HPP en fonction du remplissage de la fiche.

	Fiche remplie n (%) n = 32	Fiche non remplie n (%) n = 40	p
Injection d'ocytocine	32 (100%)	39 (97.5%)	NS
Traçabilité d'une DD	32 (100%)	37 (92.5%)	NS
Traçabilité d'un examen / valves	27 (84.38%)	37 (92.5%)	NS
Traçabilité d'un massage utérin	27 (84.38%)	17 (42.5%)	0.000023228
Traçabilité d'un sondage vésical	27 (84.38%)	14 (35%)	0.000027345
Traçabilité d'une RU	32 (100%)	36 (90%)	NS
Traçabilité antibioprophylaxie *	32 (100%)	31 (86.11%)	0.028507527
Traçabilité surveillance hémodynamique	29 (90.63%)	6 (15%)	0.00000042
Réévaluation des pertes	30 (93.75%)	23 (57.5%)	0.000525743

NS : Non Significatif : $p > 0.05$. Il n'y aurait statistiquement pas de différence de traçabilité en fonction du remplissage ou non de la fiche.

** : S'applique lorsqu'une RU a été réalisée, soit $n = 68$.*

D'après les définitions du CNGOF, au-delà de 30 minutes de saignements actifs, l'HPP est considérée comme grave, l'instauration d'une prise en charge plus accrue est alors indispensable.

2.6. Prise en charge dont l'HPP s'aggrave

On retrouve 46 dossiers dont l'HPP est considérée comme graves.

Tableau 3 : Traçabilité de la prise en charge dont l'HPP s'aggrave en fonction du remplissage de la fiche.

	Fiche remplie n (%) n = 22	Fiche non remplie n (%) n = 24	<i>p</i>
Traçabilité d'une pose de SAD	18 (81.82%)	14 (58.33%)	NS
Traçabilité d'une surveillance de diurèse *	13 (72.22%)	3 (21.43%)	0.004362287
Traçabilité d'une 2ème VVP	15 (68.18%)	8 (33.33%)	0.018211933
Traçabilité d'un bilan sanguin +/- Hb	20 (90.91%)	13 (54.17%)	0.005700122
Traçabilité d'administration sulprostone	18 (81.82%)	19 (79.17%)	NS

NS : Non Significatif : $p > 0.05$. Il n'y aurait statistiquement pas de différence de traçabilité en fonction du remplissage ou non de la fiche.

** : S'applique lorsqu'une SAD a été posée, soit $n = 32$.*

2.7. Evaluation de la fiche selon les sages-femmes

Toutes les sages-femmes avaient connaissance de la mise en place de la fiche de surveillance.

D'après les sages-femmes, 3/4 d'entre elles remplissent la fiche de surveillance à chaque HPP. Pour 4 sages-femmes, le manque d'habitude explique le manque d'utilisation de cette fiche, ce qui est une raison pour laquelle elles ne la remplissent pas systématiquement, pour une sage-femme la raison serait le manque d'accessibilité lors de l'urgence (stockage dans le bureau de garde).

Le remplissage de cette fiche est souvent réalisé lorsque l'hémorragie est stabilisée. Ce remplissage serait assez long et provoquerait une perte de temps lors de la prise en charge. Pour 62.5% d'entre elles, la fiche n'est pas utile dans l'exhaustivité des gestes et la prise de décisions.

PARTIE 3 : PRISE EN CHARGE DE L'HPP :
ANALYSE

1. ANALYSE DES RESULTATS

1.1. Description de la population

Dans un premier temps seront étudiés brièvement les éléments descriptifs de la population, afin d'analyser sa représentativité.

Tout d'abord, lors de la période de l'étude, le **nombre d'HPP demeure relativement faible** par rapport à la littérature : le taux retrouvé est de 2.2% soit 72 HPP avérées sur un an, avec 3285 accouchements par voie basse (donnée recensée au DIM). Par hypothèse, les quantités de pertes sanguines sont souvent sous-estimées malgré la présence d'un sac de recueil. Comme le décrivent plusieurs articles dans la littérature (6% d'HPP) [64], il existe un nombre non négligeable d'HPP non diagnostiquées à l'accouchement mais soupçonnées par un delta d'hémoglobine important avant/après l'accouchement. De ce fait, il existerait un certain nombre de patientes qui saigneraient plus abondamment qu'à l'accoutumée pour lesquels les professionnels n'auraient pas déclenché de prise en charge particulière. De plus, la quantification des pertes sanguines s'arrête lors du retrait du sac de recueil, ainsi les pertes (mêmes physiologiques) du post-partum immédiat ne sont pas quantifiées.

L'âge maternel est un facteur de risque de l'HPP, d'après une étude réalisée par Subtil D. et ses collaborateurs. Les patientes ayant plus de 35 ans ont un risque relatif multiplié par trois par rapport à une patiente moins âgée [47]. Dans notre population, seulement 3 patientes sont âgées de plus de 35 ans, la moyenne d'âge étant de 28 ans. Ce facteur de risque n'est pas retrouvé dans la population.

Le **terme** a été relevé dans notre étude mais ne présente pas un élément pertinent à ce jour.

La **parité** est un facteur de risque chez les grandes multipares. La surdistension utérine entraîne plus facilement une atonie utérine donc des saignements plus actifs. Dans notre étude, plus de la moitié des patientes sont des primipares, les grandes multipares, sont seulement présentes dans 3%. Ce facteur ne peut alors être pris en compte pour nos conclusions.

Toutes les patientes ont bénéficié d'une **sédation par une anesthésie** lors de la prise en charge de l'HPP, dont 87.5% par une APD déjà effective. Ceci est un point fort

pour la prise en charge de la douleur notamment lors de gestes endo-utérins. Néanmoins, 12.5% des patientes ont obtenu une anesthésie générale ou rachianesthésie, patientes pour lesquelles il n'y avait pas eu d'APD pour leur accouchement. L'instauration d'un tel geste au moment même du diagnostic d'HPP, implique un retard sur l'exhaustivité des gestes. Ainsi la prise en charge peut être plus longue et impliquer des pertes totales plus importantes.

—→ *Au total, le taux d'HPP à la MRUN est nettement inférieur au taux national. De plus, la prise en charge de la douleur est totalement respectée lors des gestes invasifs. Les patientes ayant eu une HPP lors de cette période n'avaient pas de facteurs de risque accentuant le risque d'HPP.*

1.2. La fiche de surveillance

Seulement **44% des dossiers comportaient une fiche remplie**. Les recommandations de l'HAS sont alors peu suivies, alors que toutes les sages-femmes en connaissent son existence. Ceci peut s'expliquer par le questionnaire distribué aux sages-femmes, qui démontre que son utilisation est difficile en temps réel pour associer gestes d'urgence et remplissage des horaires. La fiche est remplie lorsque l'HPP est stabilisée. Elle n'est pas utilisée de façon d'optimale puisque ses principaux rôles sont une meilleure prise en charge de l' HPP et une aide à la prise de décision. De plus, la remplir à postériori entraîne des risques d'erreur de traçabilité.

Pour pallier à ce dysfonctionnement, il faudrait une tierce personne dédiée au remplissage de la fiche. Pour cela, il serait intéressant de proposer une réunion de travail entre sages-femmes, obstétriciens, anesthésistes et les internes, afin de définir le rôle exact de chacun dans le remplissage de la fiche.

75% des sages-femmes utilisent cette fiche systématiquement. Or, on retrouve une discordance car seulement 44% des feuilles de surveillance sont utilisées. Pour certaines, son utilisation n'est pas une habitude. A plusieurs reprises on retrouve la notion de l'endroit de la fiche. Lors de cette étude, elle était placée au même endroit que diverses feuilles constituant le dossier médical. Dans l'urgence, il fallait retourner dans la salle de garde pour trouver cette feuille de surveillance. Il serait intéressant de la placer directement dans les salles d'accouchement, au même endroit que les solutés de

remplissage ou dans le chariot d'anesthésie, toujours utilisés en cas d'HPP. Néanmoins, depuis décembre 2013, un chariot d'urgence a été installé en salle d'accouchement. La fiche de surveillance a été placée aussi dans ce chariot, à côté des dossiers transfusionnels, qui incite l'utilisation de la fiche. Mais ce chariot s'est instauré après la réalisation de cette étude, on peut alors supposer une amélioration du remplissage de la fiche depuis.

Seul un tiers des sages-femmes pensent que cette fiche est utile pour la prise de décision, et l'exhaustivité des gestes à réaliser. Ceci implique tout de même une amélioration des gestes à effectuer dans un tiers des cas, ce qui n'est pas négligeable. Mais la prise de décision n'est généralement plus du ressort de la sage-femme puisque les obstétriciens sont présents lors de la prise en charge, il aurait donc été intéressant d'interroger les obstétriciens.

De plus, les résultats peuvent être erronés par un biais : effectivement lors de l'introduction de la fiche en salle des naissances, tous les médecins n'étaient pas informés de la présence d'une fiche de surveillance. Or ils sont aussi sur la première ligne de la prise en charge de l'HPP. A ce jour, la plupart des anesthésistes en ont la connaissance. Une information serait nécessaire à chaque renouvellement des internes.

Néanmoins, il y a une nette amélioration des fiches remplies à partir de février environ (55% versus 33%), ceci pourrait s'expliquer par une habitude qui s'est mise en place petit à petit.

→ *Au final, la fiche de surveillance est encore peu remplie, son utilisation doit être améliorée. Son utilité est relatée comme nécessaire pour tracer les horaires et les gestes de prise en charge.*

1.3. La traçabilité des gestes

1.3.1. Le diagnostic de l'HPP

→ **L'heure du diagnostic** : A 96% l'heure du diagnostic est notée dans les dossiers, c'est un point fort concernant cette traçabilité. Lorsqu'une feuille de surveillance est remplie, on retrouve 100% de traçabilité. Les données manquantes correspondent à des fiches non remplies. Néanmoins, l'échelle de cette étude est assez faible, on ne peut

donc pas montrer de relation statistique entre le fait de remplir la fiche et de tracer cette information.

D'après l'étude HERA dirigée par le réseau périnatal lorrain [29], seulement 44% des dossiers ont un diagnostic d'HPP avec une heure précise. Le taux de la MRUN est nettement supérieur par rapport aux autres maternités du RPL.

→ **Quantification des pertes lors du diagnostic** : L'estimation des pertes détermine la stratégie de la prise en charge, un sac de recueil a ainsi été instauré directement dans le set d'accouchement à la MRUN, conformément aux recommandations de 2004. Tous les praticiens doivent alors placer ce sac de recueil sous fessier à chaque accouchement afin d'estimer de façon la plus fiable la quantité des pertes. Ces quantités sont souvent sous estimées du fait de la présence de compresses, de champs imbibés de sang.

13 dossiers sur un an, ont été enregistrés au DIM notifiant « hémorragie du post-partum », alors que les pertes ont été estimées inférieures à 500cc. Ces cas, par définition ne correspondaient pas à cette pathologie. Ces dossiers n'ont pas été étudiés, mais on suppose une prise en charge invasive pour des saignements finalement physiologiques, ou les saignements étaient sous-estimés.

Statistiquement les pertes sont plus quantifiées au moment du diagnostic lorsqu'une fiche est remplie que lorsqu'il n'y en a pas. Lorsqu'il y a présence d'une fiche on approche les 100% de traçabilité, alors que sans fiche 67% des pertes sont quantifiées lors du diagnostic.

De plus, l'étude IPAQSS réalisée sur les données de 2012 à la MRUN [33][34], relève 72% de dossiers comportant l'heure du diagnostic notée et quantification des pertes au même moment. Ici, dans notre étude, 84% des dossiers comportent ces deux éléments, ce qui montre encore une fois une **amélioration de la traçabilité** liée au diagnostic de l'HPP.

→ **Quantité totale de pertes** : Les quantités totales des pertes sanguines doivent être mentionnées dans la rédaction de la synthèse de l'accouchement, qu'il y ait une HPP ou non. Sur les 72 dossiers utilisés pour cette étude, 9 d'entre eux ne mentionnent pas la quantité finale des pertes, soit 12.5%. On retrouve lors du diagnostic les pertes quantifiées, mais elles ne sont pas retrouvées au moment de la stabilisation des pertes, ou lors de la rédaction de la prise en charge. Ceci est un point à améliorer puisque la prise en charge à moyen et long terme est différente en fonction des quantités perdues.

De plus, cette quantification est **médico-légale** dans la rédaction de la synthèse d'un accouchement. On peut également imaginer une proportion importante de dossiers ne comportant pas d'estimation totale des pertes, lorsque les pertes sont physiologiques.

Statistiquement, les fiches sont plus utilisées lorsque les pertes sanguines sont plus importantes (de moyenne 906cc versus 752cc). Ceci peut alors s'expliquer par « la peur du procès ». En effet, aujourd'hui notre société a tendance à impliquer beaucoup d'actes médicaux à la justice, plus la pathologie s'aggrave, plus les patients recherchent une faute médicale. La traçabilité des actes est le seul moyen de prouver la réalisation des gestes effectués lors de la prise en charge.

Ainsi dans cette étude 87.5% des dossiers comportent la notification du volume de pertes, alors que d'après l'étude HERA, seulement 38.8% des dossiers renseignent cette quantité.

➔ **Heure d'appel de l'équipe multidisciplinaire** : Une seule fiche de surveillance ne comportait pas l'heure d'appel des différents intervenants (anesthésistes et obstétriciens). Lorsqu'il n'y a pas de fiche remplie, 20% des dossiers ne comportent pas la notion d'appel aux intervenants. Ceci ne reflète sûrement pas la réalité, puisque ces dossiers comportaient la présence d'une réinjection dans l'APD, ou la signature d'un obstétricien sénior lors du compte rendu de l'HPP. Néanmoins la difficulté est d'apporter tous les éléments nécessaires à la rédaction d'une prise en charge d'HPP lorsqu'il n'y a pas de fiche de surveillance utilisée.

➔ **Temps de prise en charge** : Le temps de prise en charge a été évalué par une différence de temps entre l'heure du diagnostic et l'heure à laquelle on retrouve une stabilité des pertes, c'est-à-dire des saignements physiologiques. Ce temps peut alors être légèrement surestimé du fait que la stabilité des pertes n'est pas un élément précis. Deux dossiers dont les fiches de surveillance n'ont pas été remplies ne mentionnent pas la stabilisation des pertes d'où une valeur de temps de prise en charge manquante. La moyenne des deux échantillons est de 33 minutes pour la population « fiche utilisée » et de 36 minutes pour la population « fiche non utilisée ». Il n'y a pas de différence significative entre ces deux échantillons.

Près de 64% des HPP durent plus de 30 minutes, d'après la définition on parle alors d'HPP grave. Ainsi plus la prise en charge tarde, plus la fiche de surveillance est remplie. On rejoint alors l'hypothèse faite précédemment de la peur du médico-légal lorsque la prise en charge tarde. Mais on peut aussi supposer que l'HPP s'aggravant, la prise en

charge est plus actionnée par l'obstétricien et l'anesthésiste, la sage-femme aurait plus de temps de reporter une surveillance horaire de la prise en charge.

On ne retrouve pas d'étude locale ou nationale évaluant le temps de prise en charge de l'HPP.

→ *Tous les éléments nécessaires au diagnostic de l'HPP ; soit l'heure du diagnostic, les quantités de pertes au moment du diagnostic et totales, l'heure d'appel de l'équipe multidisciplinaire et le temps de prise en charge ; sont tracés de façon excellente dans les dossiers à la MRUN. On atteint quasiment 100% de traçabilité lorsque les fiches de surveillance sont utilisées, ce qui est un point très fort.*

1.3.2. Prise en charge de l'HPP

→ A 96% la **délivrance dirigée** est réalisée, ce qui est un excellent taux, égalant le taux retrouvé déjà en 2010 par l'étude de S. Sabatini à la MRUN (31). La délivrance dirigée est fortement recommandée par l'HAS dans le cadre de la prévention de l'HPP.

→ L'**administration d'ocytocine** est utilisée de façon quasi systématique à la MRUN (98.6%), ce qui est un point fort. Ce chiffre correspond à l'étude réalisée par Dupont et al. sur 106 maternités françaises (28), où l'on retrouve plus de 90% des femmes ayant reçu une prophylaxie par ocytocine après la délivrance. Rappelons que l'utilisation d'ocytocine en préventif a permis de réduire la fréquence des HPP de 12% à 5-6% actuellement.

Ces deux chiffres sont excellents, la traçabilité de ces événements est réalisée de façon précise, qu'il y ait une fiche de surveillance remplie ou non. Malgré ce taux, la MRUN pourrait atteindre 100% de traçabilité si la rédaction de la prise en charge de l'HPP s'effectuait à chaque fois sur une fiche de surveillance.

→ L'**examen sous valves**, autre élément de prise en charge recommandé par l'HAS, au moindre doute afin de rechercher une autre cause que l'atonie utérine, telle qu'une déchirure cervicovaginale pouvant être parfois très spoliatrice de sang. Un geste peu réalisé d'après plusieurs études nationales (28) ou locales (31) où seulement environ

40% des examens sont réalisés. Encore un point positif pour la MRUN où l'on retrouve dans notre étude 61% des examens sous valves tracés dans les dossiers. On ne retrouve pas de différence significative concernant la traçabilité sur fiche ou par rédaction simple sur dossier.

→ Le **massage utérin** est le premier geste à réaliser en cas d'atonie utérine. C'est un geste indispensable permettant de tonifier l'utérus en association avec l'administration d'ocytocine. L'étude réalisée à la MRUN par S. Sabatini en 2011 (31), démontre un taux de 43% dans la réalisation d'un massage utérin. Effectivement, dans notre étude 42% des massages sont retracés dans le dossier lorsqu'il n'y a pas de fiche remplie. Mais en présence d'une fiche, le taux de traçabilité atteint 97%. Son hypothèse faite, concernant le manque de traçabilité peut alors être confirmée. La différence est significative, la traçabilité du massage utérin est nettement mieux réalisée lorsqu'une fiche de surveillance est utilisée.

→ La réalisation de **gestes endo-utérins** ainsi que l'**antibioprophylaxie** sont réalisées de façon quasi systématique, avec une traçabilité atteignant 100% lorsqu'une fiche de surveillance est utilisée. Les résultats de cette étude égalent les résultats recueillis par l'IPAQSS en 2013, et dépassent les résultats nationaux. L'antibioprophylaxie, quelle que soit la molécule utilisée en fonction du protocole, doit être réalisée pendant la prise en charge, ou lorsque l'hémorragie est jugulée.

→ La **surveillance hémodynamique** est un point important dans la prise en charge de l'HPP, celle-ci reflétant la tolérance de la patiente face aux déperditions sanguines. Elle peut aussi faire l'objet d'un diagnostic d'une HPP grave ou non. Cette surveillance est peu répandue lorsqu'il n'y a pas de fiche de surveillance. On peut supposer que seule la traçabilité hémodynamique est peu écrite en absence d'une fiche, 15% versus 90%, puisque chaque patiente a bénéficié d'une analgésie, soit une surveillance obligatoire.

→ Il semble indispensable de **réévaluer les pertes** entre le diagnostic de l'HPP et la stabilisation des saignements, puisque la prise en charge est différente en fonction de la cinétique des saignements. Nous nous sommes basés sur l'existence d'au moins une quantité de pertes réévaluée entre le diagnostic et la stabilisation des

saignements. Ainsi, l'évolution des pertes est plus tracée lorsqu'une fiche de surveillance est réalisée que lorsqu'il n'y en a pas (94% versus 57%).

→ Un **sondage évacuateur** est recommandé juste avant l'accouchement, avant la délivrance ou dès que des saignements actifs apparaissent. Il est conseillé de le répéter s'il est réalisé avant l'accouchement, la présentation pouvant bloquer l'évacuation d'urine. Ce sondage peut aussi faciliter le décollement placentaire, et facilite la rétraction utérine en absence de distension vésicale. Il est dans tous les cas un geste initiant la prise en charge de l'HPP. 43% des patientes n'ont pas bénéficié de sondage vésical évacuateur. Ce taux élevé peut être dû à une traçabilité insuffisante du geste. En effet cela peut s'expliquer par une différence significative entre la traçabilité du sondage lorsqu'une feuille de surveillance est remplie ou non. Encore une fois, la traçabilité est meilleure et excède de très bons taux (soit 84%) dans la population « fiche remplie ».

Aucune donnée dans la littérature n'a été retrouvée afin de comparer ce chiffre, puisque sondage évacuateur et sondage à demeure sont dans tous les cas associés dans les études. Ici en corrélant ces deux sondages vésicaux 57% seulement des patientes ont bénéficié d'une vidange vésicale, contre 73.6% en 2010 (32). On retrouve alors une diminution de la traçabilité. Le protocole médical de la MRUN, ne stipule pas l'utilisation préférentielle du sondage évacuateur ou à demeure, néanmoins le CNGOF recommande la SAD seulement en cas d'aggravation de l'HPP, surtout utile en cas de choc hémodynamique. On peut alors discuter les différents types à utiliser, sachant que la pose d'une SAD a un risque infectieux majoré, mais un double sondage ne serait-il pas plus délétère qu'un seul?

→ Concernant la **SAD**, on ne retrouve pas de différence statistique de traçabilité entre les deux échantillons. Néanmoins, on retrouve une utilisation plus fréquente lorsqu'une fiche est réalisée. La surveillance de la diurèse, reflétant l'éventuelle hypovolémie, est indispensable. Celle-ci est très peu réalisée, ou très peu tracée dans les dossiers ne comportant pas de fiche de surveillance, soit seulement 21%. On atteint 72% de traçabilité en présence d'une fiche. Ceci a été basé sur une surveillance d'au moins deux valeurs lors de la prise en charge de l'HPP.

→ La pose d'une **seconde VVP** de bon calibre (16 G) est indispensable en cas d'instabilité hémodynamique de la patiente. Cette instabilité dépend de la compensation hydrique de la patiente et des déperditions sanguines. Elle est souvent

associée à la réalisation d'un bilan sanguin, ou à la mise en place de colloïdes afin d'y assurer un remplissage optimal. La traçabilité de cette deuxième VVP est peu inscrite lorsqu'il n'y a pas de fiche de surveillance propre à l'HPP utilisée. Nous supposons que seule la traçabilité est mise en jeu ici.

→ Le **bilan sanguin**, c'est-à-dire Numération formule plaquettaire et bilan de coagulation est indispensable dans le cadre de la surveillance de la stabilité de la patiente, dont les risques majeurs sont l'anémie avec risque transfusionnel et la coagulation intravasculaire disséminée. Plus rapidement, peut être instauré une mesure rapide de l'hémoglobine en quelques secondes, mesure que l'on appelle un Hémocue. L'analyse de ces items a été réalisée ensemble, et à nouveau, près de la moitié des données n'a pas été tracée lorsque le compte rendu de la prise en charge est réalisé sur le dossier, et non pas sur une fiche spécifique. 71% des prises en charge ont tracé la réalisation d'un bilan sanguin, contre 39% dans une étude nationale en 2006 (28).

→ L'utilisation du **sulprostone** atteint les 80% lors des HPP graves. Néanmoins, 20% de celles-ci n'ont pas eu recours à cette molécule, on peut alors parler de soins non optimaux. Une hypothèse peut être émise concernant la sous-utilisation du sulprostone : la gravité de l'HPP n'a pas été perçue comme telle par l'équipe médicale. 5 HPP non diagnostiquées comme graves ont bénéficié de sulprostone. Ceci peut être considéré comme une prise en charge trop invasive, en tenant compte des recommandations de l'HAS. A la MRUN, l'utilisation est plutôt favorable puisque qu'en France, une sous-utilisation de traitements utérotoniques alors qu'ils doivent être utilisés en première ligne en cas de non efficacité de l'ocytocine pour palier à l'atonie utérine. A noter, lors de l'instauration de ce traitement, les patientes ont été surveillées dans le service « soins polyvalents continus » qui reportaient très bien le suivi de l'hémorragie et les différents événements. La fiche de surveillance de l'HPP se terminait alors lorsque les patientes allaient dans ce service.

→ *En conclusion, les gestes propres au traitement de l'HPP sont très bien tracés lorsqu'il y a une fiche de surveillance utilisée, de ce fait on atteint fréquemment des taux de traçabilité nettement supérieurs aux résultats nationaux. Ainsi améliorer l'utilisation de la fiche permettrait une traçabilité excellente concernant la prise en charge de l'HPP. En l'absence de traçabilité des gestes effectués, on considère que la prise en charge est alors médiocre concernant les HPP graves.*

2. RETOUR AUX HYPOTHESES ET LIMITES

La première hypothèse émise, soit, « la traçabilité des gestes essentiels à la prise en charge de l'HPP est de meilleure qualité lorsqu'une fiche de surveillance est remplie » est confirmée. La traçabilité est quasiment excellente lorsque la rédaction de la prise en charge s'effectue sur cette feuille de traçabilité. La plupart des gestes essentiels confirment cette hypothèse, malgré l'absence de significativité dans certains points (tels que l'utilisation de sulprostone). L'exception est la réalisation de l'examen sous-valves puisqu'une meilleure traçabilité est retrouvée sans fiche remplie. Ceci pourrait s'expliquer par le poids de notre étude, qui inclut un nombre de sujets peu important pour établir une représentativité fiable.

La seconde hypothèse « la quantité des pertes après une hémorragie de la délivrance est moins importante lorsqu'il y a eu une fiche remplie » est infirmée. En effet, nous retrouvons alors le contraire de cette hypothèse puisque plus les pertes sont importantes, plus les fiches de traçabilité sont utilisées. Ceci peut s'expliquer par « la peur du tribunal » dont la fiche est très importante en cas de suites médico-légales.

La troisième hypothèse « la prise en charge de l'hémorragie est plus rapide par la présence de gestes exhaustifs en utilisant la fiche de surveillance » est infirmée. Aucune relation n'est retrouvée, les temps de prise en charge étaient approximativement identiques. Cette recherche a induit une limite à notre étude : l'évaluation du temps de la prise en charge est très approximative puisque à plusieurs reprises la notion de stabilité des pertes a été retrouvée de façon imprécise. De plus, l'heure du diagnostic est, dans quelques cas, indiquée lorsque les pertes n'ont pas encore atteint les 500cc, on ne pouvait alors pas encore parler d'HPP. Enfin, l'exhaustivité des gestes semble s'améliorer dans certains cas, d'après les sages-femmes. Elle est difficilement évaluable à posteriori puisque seule la traçabilité fait foi dans cette étude. Des oublis de traçabilité peuvent impacter les résultats.

L'HPP grave débute au-delà de 30 minutes de saignements actifs, or ceci peut être modulé en fonction des déperditions trop importantes dès le début de l'HPP, ou au contraire des pertes proches de la limite de l'HPP (500ml) atteints au bout de 30 minutes, qui ne nécessiterait pas forcément une prise en charge active de l'HPP grave. La cinétique des pertes aurait dû être analysée afin de pouvoir apprécier la gravité ou non de l'HPP. De plus, certains gestes tels que la pose d'une seconde VVP avant les 30 minutes de

saignements actifs ne doivent pas être intitulés comme une prise en charge trop invasive. En effet, le facteur temps est alors difficile à évaluer et peut être discuté pour chaque cas et chaque geste effectué dans notre étude.

Enfin, la dernière hypothèse concerne « l'amélioration de la prise en charge d'une HPP, par une aide à la prise de décision et la réalisation de gestes plus systématique chez les sages-femmes ». D'une part, la prise en charge de l'HPP n'est pas améliorée en parallèle avec l'utilisation de la fiche. En effet, les moyennes des temps de prise en charge ainsi que les quantités totales de pertes ne sont significativement pas différentes entre les deux groupes. D'autre part, les sages-femmes travaillant en salle d'accouchement, expriment une exhaustivité des gestes plus accrue en présence de la fiche : les gestes deviennent plus systématiques pour un tiers d'entre elles. La fiche de surveillance serait alors indispensable pour ces sages-femmes.

3. AXES D'AMELIORATION :

Afin d'améliorer le remplissage de la fiche, pour une traçabilité meilleure, il serait intéressant d'informer à nouveau tous les participants impliqués lors de la prise en charge de l'HPP. Etant une prise en charge multidisciplinaire, une concertation entre obstétriciens, sages-femmes, anesthésistes serait nécessaire pour travailler sur la place de la fiche de surveillance dans la prise en charge de l'HPP : d'une part pour sensibiliser et informer tous les intervenants et d'autre part pour définir le rôle de chaque intervenant dans le remplissage de la fiche de traçabilité : « Qui doit remplir cette fiche de traçabilité ? », « Où placer cette fiche ? ». Idéalement, la fiche a été instaurée dans le chariot d'HPP. La personne qui remplit la fiche doit être désignée au moment du diagnostic, et peut être en dehors de la prise en charge technique.

De plus cette étude à la MRUN met en évidence seulement 2% d'HPP, alors que la moyenne nationale est de 6%. Sans doute lié à une sous-estimation des pertes, améliorer l'évaluation des pertes sanguines ne serait pas négligeable.

Les pertes sont très souvent estimées au moment de la réinstallation de la patiente après l'accouchement, ne serait-il pas important de quantifier les pertes jusqu'à la sortie de salle de naissance ? La quantification des pertes se ferait alors sur 2 à 3h, correspondant au temps minimum de surveillance du post-partum immédiat. Ceci est techniquement réalisable, il suffirait de peser le ou les « Absorbex » et de noter la quantité totale des pertes (lors de l'accouchement et du post-partum immédiat) sur la feuille de synthèse.

Afin de simplifier le remplissage horaire de la fiche de traçabilité, il serait intéressant d'imprimer au préalable les différents horaires espacés de cinq minutes. Cela permettrait de remplir seulement les gestes effectués, par une croix, afin de tracer tous les gestes à un horaire précis. De plus, la fiche de surveillance contient 13 colonnes, ainsi les horaires indiqués toutes les 5 minutes, permettrait atteindre la fin de la feuille à une heure de prise en charge. Une heure de prise en charge de saignements actifs correspond au temps écoulé pour considérer l'HPP comme sévère, les moyens invasifs tels que l'embolisation est alors nécessaire. L'atteinte de la fin de la feuille de remplissage pourrait être une alarme supplémentaire de ce temps écoulé, souvent oublié lors de l'urgence.

CONCLUSION

L'ensemble de la prise en charge de l'HPP doit être amélioré de façon considérable afin de diminuer le taux de mortalité maternelle. Dans le but de tracer tous les gestes lors de la prise en charge, l'HAS préconise l'utilisation d'une fiche de surveillance spécifique. La réalisation de cette étude a permis de démontrer l'utilité de cette fiche, concernant la prise en charge, et surtout la traçabilité.

Les conclusions de cette étude sont positives pour la Maternité Régionale Universitaire de Nancy. La plupart des prises en charge sont conformes aux recommandations.

L'utilisation d'une fiche de surveillance spécifique à l'hémorragie du post-partum semble indispensable pour un suivi horaire précis de la prise en charge. En effet, la traçabilité est meilleure au dépend de cette fiche, et tend vers un taux excellent concernant les items de diagnostic. L'utilisation plus systématique de la feuille de surveillance permettra une traçabilité maximale sur toute la prise en charge. Au final, l'exhaustivité des gestes est difficilement évaluable à postériori, mais semblerait dans certains cas s'améliorer en présence de la fiche.

Les résultats à la MRUN, tendent davantage à s'améliorer, surpassent les résultats nationaux, ce qui est révélateur de la qualité des soins obstétricaux.

Ce travail démontre qu'il existe une marge d'amélioration assez faible de la prise en charge de l'HPP, d'ampleur variable selon les éléments. La fiche de surveillance spécifique à l'HPP n'améliore pas directement la prise en charge mais permet une exhaustivité des gestes plus accrue. L'absence de certains actes a peut-être été discutée de façon pertinente sur le terrain ; mais leur non consignation dans la traçabilité peut poser problème d'un point de vue médico-légal. Seule la traçabilité entre en jeu, puisque la prise en charge ne diffère pas entre les deux groupes.

Ainsi, une approche qualitative de la prise en charge permettrait d'identifier les éléments environnementaux, organisationnels et individuels expliquant une non-application des recommandations.

BIBLIOGRAPHIE

1. OMS. La santé maternelle. [Internet] : http://www.who.int/topics/maternal_health/fr/ [consulté le 15-07-2013]
2. INED. Fiche pédagogique : mortalité maternelle dans le monde. [Internet] : <http://www.ined.fr> [consulté le 15-07-2013]
3. UNICEF. Mortalité maternelle. [Internet] : <http://www.unicef.org/> [consulté le 15-07-2013]
4. UNFPA. The Lancet. Maternal Survival and Women Deliver (2006-2007) : Rapport sur la santé dans le monde 2005. [Internet] : <http://unfpa.org/> [consulté le 15-07-2013]
5. HAS. Etude sphère et Pithagore 6. [Internet]: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-04/symphas-bmj_gp192.pdf [consulté le 12-11-2012]
6. Mouret P, Raboisson F, Lairy G. Les hémorragies du post-partum immédiat : une expérience d'évaluation des pratiques professionnelles par trois audits cliniques ciblés en maternité. Risques & qualité en milieu de soin. 2009 Sep;VI, n°3:155–60.
7. Unité Inserm 953, Institut de veille sanitaire. Janvier 2010, 102 pages. Rapport du Comité national d'experts sur la mortalité maternelle (CNEMM) 2001-2006 [Internet]: http://www.invs.sante.fr/display/?doc=publications/2010/mortalite_maternelle/index.html [consulté le 15-10-2012]
8. ONU. Réunion de haut niveau sur les objectifs du Millénaire pour le développement, Nations Unies, New York, 25 septembre 2008. Objectif 5 : améliorer la santé maternelle. [Internet] : <http://www.dsf-fsn.org/> [consulté le 15-05-2013]
9. Morel O, Malartic C, Gayat E, et al. Hémorragies graves au cours de la grossesse et du post-partum. Choc hémorragique. EMC. 2008;(5-082-A-10):3–12.
10. Deneux-Tharoux C. Hémorragie du post-partum : où en est-on ? Profession sage-femme. 2012 mai;(185):16–8.
11. Dupont C, Deneux-Tharoux C, Cortet M, Colin C, Touzet S, Rabilloud M, et al. Prise en charge des hémorragies graves du post-partum après un accouchement par voie basse : étude en population dans 106 maternités françaises. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2012 May;41(3):279–89.
12. Marpeau L, Lansac J, Teurnier F, Nguyen F, Collège national des sages-femmes (France), Association des sages-femmes enseignantes françaises. Hémorragie du post-partum. Traité d'obstétrique. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2010. page 145–7.
13. Tessier V, Pierre F. Facteurs de risques au cours du travail et prévention clinique et pharmacologique de l'hémorragie du post-partum. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2008 Sep 3;33(SUP8):29–56.

14. Loeuillet P. Hémorragie du post-partum immédiat. Les moyens de diagnostic. [Mémoire]. [Metz]: Université de Lorraine; 2008.
15. Ekoukou D. Hémorragie de la délivrance. *Vocation sage-femme*. 2007 Jan;48:17.
16. Tourné, *Journal Gynecology Obstetric Biology Reproduction* 2004; 33: 229
17. Pierre F. Problèmes médico-légaux liés aux hémorragies de la délivrance. In : Berkane N. Urgences vitales maternelles en obstétrique. Paris: Masson; 2002. Page 111–8.
18. Mercier F-J, Roger-Christoph S. Hémorragie du post-partum. Congrès national d'anesthésie et de réanimation 2008. Paris: Elsevier Masson SAS; 2008.
19. Soulier A. Hémorragies du post-partum immédiat. *Oxymag*. 2008 May 14;21(99):6–
20. Nadjafizadeh M. L'hémorragie du post-partum. *Vocation sage-femme*. 2010 Février; (79):24–9.
21. HAS. Recommandations pour la pratique clinique. Hémorragie du post-partum immédiat. [Internet] : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/HPP_recos.pdf [consulté le 15-10-2012]
22. CNGOF. Le misoprostol dans le traitement de l'HPP [Internet]. CNGOF. http://www.figo.org/files/figo-corp/Le%20Misoprostol%20dans%20le%20Traitement%20de%20l'HPP_Version%20Annotee_2012.pdf [consulté le 29-10-2012]
23. Fekih M, Jnifene A, Fathallah K, Ben Regaya L, Memmi A, Bouguizene S, et al. Intérêt du misoprostol dans la prévention de l'hémorragie du post-partum immédiat en cas de césarienne : essai prospectif randomisé. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2009 Nov;38(7):588–93.
24. Godard C, Berhoune M, Bertrand É, Schlatter J, Chiadmi F, Toledano A, et al. Le misoprostol dans le traitement curatif des hémorragies du post-partum. *La Presse Médicale*. 2008 Mar;37(3):477–84.
25. Diemert A, Ortmeier G, Hollwitz B, Lotz M, Somville T, Glosemeyer P, et al. The combination of intrauterine balloon tamponade and the B-Lynch procedure for the treatment of severe postpartum hemorrhage. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2012 Jan;206(1):65.e1–65.e4.
26. Ministère de la santé, Planète publique. Evaluation du plan périnatalité 2005-2007 [Internet]. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Evaluation_du_plan_perinatalite_-_Rapport_final.pdf [consulté le 25-11-2012]
27. Deneux-Tharoux C, Dupont C, Colin C, Rabilloud M, Touzet S, Lansac J, et al. Multifaceted intervention to decrease the rate of severe postpartum haemorrhage: the PITHAGORE6 cluster-randomised controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2010;117(10):1278–87.

28. Dupont C, Deneux-Tharoux C, Cortet M, Colin C, Touzet S, Rabilloud M, et al. Prise en charge des hémorragies graves du post-partum après un accouchement par voie basse : étude en population dans 106 maternités françaises. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2012 May;41(3):279–89.
29. Réseau Périnatal Lorrain. Protocole de recherche clinique HERA. *Le journal du Réseau Périnatal Lorrain*. Septembre 2010, n°10.
30. MRUN. Diaporama concernant l'avance de l'étude « Héra » au niveau du RPL. Dr FRESSON. Septembre 2012.
31. MRUN. Procédure de Certification HAS. Evaluation de pratiques professionnelles : la prise en charge des hémorragies de la délivrance 2007.
32. Sabatini S. Evaluation des pratiques professionnelles concernant l'application du protocole de mai 2009 relatif à la prise en charge des hémorragies du post-partum à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy. [Mémoire]. [Nancy]: UHP Nancy I; 2011.
33. HAS, IPAQSS. Indicateurs de qualité Prévention et prise en charge initiale des hémorragies du post-partum immédiat [Internet]. 2012 <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-12/ipaqss-rapport-hpp-v3.pdf> [consulté le 26-12-2012]
34. HAS, IPAQSS. Indicateurs de qualité Prévention et prise en charge initiale des hémorragies du post-partum immédiat [Internet]. 2013 http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-01/ipaqss_fiche_pp_hpp.pdf [consulté le 25-07-2013]
35. Sicot J, Ducloy J, Bailleux B. Impact of perinatal care network improvement program on post-partum hemorrhage-related morbidity. *BMJ Quality & Safety*. 2010 ;(19):86–7.
36. Geoffroy M, Thiebaugeorges O. Protocole médical. Hémorragie du post-partum. Maternité Régionale Universitaire de Nancy; 2009.
37. Bouvier-Colle M-H. Epidémiologie des hémorragies : les risques évitables. In : Berkane N. Urgences vitales maternelles en obstétrique. Paris: Masson; 2002. Page 3–13.
38. CNGOF. Le misoprostol dans la prévention de l'HPP [Internet]. CNGOF. http://www.figo.org/files/figo-corp/Le%20Misoprostol%20dans%20la%20Prevention%20de%20l'HPP_Version%20Annotee.pdf [consulté le 29-10-2012]
39. Berkane N, Maillet M, Simon B. Critères de gravité et organisation de la prise en charge d'une hémorragie de la délivrance. In : Berkane N. Urgences vitales maternelles en obstétrique. Paris: Masson; 2002. Page 67–72.
40. Connan L, Favrin S, Guyard-Boileau B. Hémorragies du post-partum. 3ème journée des réseaux de santé en périnatalité. ASIEM Paris; 2009.
41. Ducloybouthors A, Provosthelou N, Pougeoise M, Tournoy A, Ducloy J, Sicot J, et al. Prise en charge d'une hémorragie du post-partum. *Réanimation*. 2007 Sep;16(5):373–9.

42. Durier M, Grynberg M, Charles C. Délivrance normale et pathologique. EMC. 2010;5-108-M-10:1–16.
43. Geoffroy-Bellan M. Hémorragies du post-partum : évaluations des pratiques professionnelles à la maternité universitaire de Nancy. [Thèse]. [Nancy]: UHP Nancy I; 2009.
44. Peluchon R. Hémorragies graves de la délivrance : l'utilisation d'un sac de recueil gradué ne suffit pas. *Vocation sage-femme*. 2010 mai;80:6.
45. Séguy B. La sage-femme, la délivrance et ses complications au fil des derniers siècles. *Les Dossiers de l'Obstétrique*. 2012 juin;416:6.
46. Simon B. Physiopathologie de l'hémorragie de la délivrance. In : Berkane N. *Urgences vitales maternelles en obstétrique*. Paris: Masson; 2002. Page 15–24.
47. Subtil D, Sommé A, Ardiet E, Depret-Mosser S. Hémorragie 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;33(suppl 8):4S9–4S16.
48. Audureau E, Deneux-Tharoux C, Lefèvre P, Brucato S, Morello R, Dreyfus M, et al. Practices for prevention, diagnosis and management of postpartum haemorrhage: impact of a regional multifaceted intervention. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2009;116(10):1325–33.
49. Merviel P. Prise en charge initiale des hémorragies de la délivrance : point de vue de l'obstétricien. In : Berkane N. *Urgences vitales maternelles en obstétrique*. Paris: Masson; 2002. Page 25–33.
50. Carbol D, Goffinet F, Amiel-Tison C. Hémorragies du post-partum. *Protocoles cliniques en obstétrique*. 3^{ème} édition. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson ; 2011. Page 167-71.
51. Acosta A. Initiative mondiale FIGO-ICM ant à la prévention de l'hémorragie du post-partum. *Journal Gynaecol Obstet Can*. 2004 ; 26(152). Page 1108.
52. Bui C, Laas B, Popowski T, Mbaku OM, Rozenberg P. Trends in the rate of invasive procedures after the addition of the intrauterine tamponade test to a protocol for management of severe postpartum hemorrhage. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2012 Oct;207(4):281.e1–281.e7.
53. Castellier C, Ducloy A-S, Depret S et al. Hémorragie grave du post-partum : incidence et prise en charge à la maternité Jeanne de Flandre dans le cadre d'une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles. *Journée francophone de recherche en obstétrique et gynécologie*. Jeudi 08 décembre 2011. Paris 2011.
54. Lappen J, Seidman D, Burke C, Goetz K, Grobman W. Changes in care associated with introduction of a post-partum hemorrhage patient safety program. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2012 Jan;206(1):S155.

55. Lefèvre P, Brucato S, Mayaud A, Morello R, Deneux-Tharaux C, Bouvier-Colle M-H, et al. Évaluation de la mise en place d'une prise en charge régionale des hémorragies du postpartum par un audit des cas graves : étude avant-après (2002–2005). *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2009 May;38(3):209–19.
56. Descargues G, Pitette P, Gravier A. Les hémorragies non-diagnostiquées du postpartum. *La revue Sage-Femme*. Septembre 2002. Vol 1, n°2, p.108-118.
57. Vial F. Hémorragie du post-partum. Rapport du Comité national d'experts sur la mortalité maternelle. *The Lancet*. Série spéciale. 2006.
58. Karrie E. Francois, Michael R. Foley. Antepartum and postpartum haemorrhage. *Gabbe : Obstetrics - Normal and Problem Pregnancies*. 2007, chapitre 18.
59. Deneux-Tharaux C, Dreyfus M, Goffinet F. Politique de prévention et de prise en charge précoce de l'hémorragie du post-partum immédiat dans six réseaux de maternités françaises. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. Mai 2008. Vol 37, n°3, p.237-245.
60. Matis R. Hémorragie de la délivrance. *Vocation sage-femme*. Février 2007. N°49. Page 17.
61. Dreyfus M. Prise en charge obstétricale initiale en cas d'hémorragies du postpartum. *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*. Décembre 2004. Volume 33, n°sup8, Page 57-64.
62. Bischofberger A, Irion O, Georges L. Prise en charge multidisciplinaire des HPP : nouvelles stratégies. *Revue médicale suisse*. 2011, n°7. Page 334-339.
63. Coeuret-Pellicier M, Bouvier-Colle M-H, Salanave B. Les causes obstétricales de décès expliquent-elles les différences de mortalité maternelle entre la France et l'Europe ? *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*. 1999. Volume 28, n°1. Page 62-68.
64. Descargues G, Pitette P, Gravier A. Les hémorragies non-diagnostiquées du postpartum. *La revue Sage-Femme*. Septembre 2002. Vol 1, n°2, p.108-118.

TABLE DES MATIERES

Sommaire	2
Liste des abréviations.....	4
Introduction	5
Partie 1 : Prise en charge de l'HPP : Généralités	6
1. Contexte et définitions	7
1.1. La santé maternelle	7
1.1.1. Définitions et épidémiologie	7
1.1.2. Situation en France.....	8
1.2. L'hémorragie du post-partum : généralités	9
1.2.1. Définition et épidémiologie.....	9
1.2.2. Etiologies	10
1.2.3. Prévention : principes de sécurité pour toutes les femmes	10
2. Prise en charge de l'HPP suite aux recommandations de l'HAS.....	12
2.1. Diagnostic	12
2.2. Prise en charge initiale de l'HPP.....	13
2.3. Prise en charge de l'HPP qui s'aggrave	14
3. Application des recommandations dans la pratique clinique	16
3.1. Quelques études nationales	16
3.1.1. Le CNEMM	16
3.1.2. Etudes Sphère et Pithagore	16
3.1.3. Etude nationale de Dupont et Deneux-Tharaux	17
3.2. L'étude « HERA »	17
3.3. Etudes à la MRUN	18
3.3.1. Processus de certification de 2007	18
3.3.2. Protocole médical de mai 2009	19
3.3.3. IPAQSS	20
3.4. Fiche de surveillance spécifique à l'HPP.....	21
Partie 2 : Prise en charge de l'HPP : Etude et résultats	23
1. Présentation de l'étude	24
1.1. Problématique et objectifs.....	24
1.2. Hypothèses	24
1.3. Type d'étude.....	24
1.4. Population étudiée, échantillonnage.....	25
1.5. Description des données collectées	26
1.6. Méthode d'analyse	27
2. Résultats de l'étude	28
2.1. Description de la population	28
2.2. Remplissage de la fiche de surveillance	28
2.3. Données générales de l'HPP	29
2.3.1. Temps de prise en charge.....	29
2.3.2. Quantité totale de pertes.....	30
2.4. Diagnostic de l'HPP.....	31
2.5. Prise en charge initiale de l'HPP.....	32

2.6.	Prise en charge dont l'HPP s'aggrave	33
2.7.	Evaluation de la fiche selon les sages-femmes	33
Partie 3 : Prise en charge de l'HPP : Analyse		34
1.	Analyse des resultats	35
1.1.	Description de la population	35
1.2.	La fiche de surveillance	36
1.3.	La traçabilité des gestes	37
1.3.1.	Le diagnostic de l'HPP	37
1.3.2.	Prise en charge de l'HPP	40
2.	Retour aux hypothèses et limites	44
3.	Axes d'amélioration :	46
Conclusion		47
Bibliographie		48
Table des matières.....		53
Annexe 1		II
Annexe 2		III
Annexe 3		IV

Etiquette patiente

Surveillance hémorragie délivrance

Date et heure d'accouchement : Nom de la SF :

Heure de l'injection de 5UI SYNTOCINON IVD au dégagement épaule à :

Examen placenta :

Diagnostic hémorragie de la délivrance à : h Pertes (au moment du diagnostic):

Appel : Sénior obstétrique à
Dr

Interne obstétrique à
Dr

Sénior anesthésie à
Dr

Interne anesthésie à
Dr

Heure														
TA														
Pouls														
Température														
Diurèse														
Pertes estimées														
Rétraction utérine														
DA/RU														
Examen sous valves														
Massage utérin														
VVP n°1														
VVP n°2														
Hémocue														
Bilans sanguins														
Antibio IV (nom et dosage)														
Syntocinon 5 UI/IVD														
Nalador IV 500 ug														
Ballon Bakri gonflé à														
Exacyl IV														

Transfert en SPC Transfert au bloc Surveillance SDN

Embolisation Heure de sortie de SDN :

Signature de la SF :

ANNEXE 2

Données descriptives de la patiente n°.....:

1- Age :

2- Parité :

3- Terme :

4- Anesthésie utilisée :

Données générales :

5- Fiche remplie : Oui Non

6- Quantité de pertes :

7- Temps entre l'heure du diagnostic et la stabilisation des pertes :

Entre T0 et T30 min :

8- Heure du diagnostic notée : Oui Non

9- Heure d'appel de l'équipe multidisciplinaire : Oui Non

10- Pertes quantifiées au moment du diagnostic : Oui Non

11- Ocytociques en IV : Oui Non

12- Massage utérin réalisé : Oui Non

13- Sondage vésical réalisé : Oui Non

14- Examens sous valves : Oui Non

15- DA et/ou RU faites : Oui Non

16- Antibio prophylaxie : Oui Non

17- Surveillance hémodynamique (toutes les 10min) : Oui Non

18- Réévaluation des pertes sanguines : Oui Non

Entre T30 et T60 min :

19- Sonde à demeure posée : Oui Non

20- Surveillance horaire de la diurèse : Oui Non

21- Deuxième voie veineuse périphérique posée : Oui Non

22- Bilan sanguin + Hémoglobine rapide : Oui Non

23- Utilisation de sulprostone : Oui Non

ANNEXE 3

Dans le cadre de mon mémoire où j'évalue l'amélioration de la prise en charge de l'hémorragie du post-partum, je me permets de vous distribuer un questionnaire à réponses très rapides, afin d'évaluer l'utilité de la fiche de surveillance de l'hémorragie du post-partum. Bien entendu ce questionnaire est anonyme.

1. Savez-vous la présence d'une fiche de surveillance de l'hémorragie du post-partum ?

Oui Non

Si non, la suite des questions ne vous concerne pas. Merci.

2. Utilisez-vous cette fiche à chaque hémorragie ? Oui Non

Si non, pourquoi ? C'est une perte de temps.

Ce n'est pas une habitude.

La fiche n'est pas placée au bon endroit pour penser à l'utiliser.

Complexité de la fiche.

Autre :

3. Cette fiche vous est-elle utile dans la prise de décisions ? Oui Non

4. Faites-vous des gestes plus systématiquement ? Oui Non

5. Cette fiche vous semble-t-elle appropriée à la surveillance de l'hémorragie du post-partum ? Oui Non

6. Commentaires:

.....
.....
.....

Merci du temps consacré à ce questionnaire. Une boîte est à disposition afin de le déposer.