



HAL
open science

Utilisation du sac de recueil sous fessier au CHU de Grenoble : étude de 30 cas

Mathilde Boureau

► **To cite this version:**

Mathilde Boureau. Utilisation du sac de recueil sous fessier au CHU de Grenoble : étude de 30 cas. Gynécologie et obstétrique. 2011. dumas-00617474

HAL Id: dumas-00617474

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00617474v1>

Submitted on 29 Aug 2011

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.

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
UFR DE MEDECINE DE GRENOBLE

ECOLE DE SAGES-FEMMES DE GRENOBLE

UTILISATION DU SAC DE RECUEIL SOUS
FESSIER AU CHU DE GRENOBLE :
ETUDE DE 30 CAS

Mémoire soutenu le :

17 Mai 2011

Par : BOUREAU Mathilde

Née le : 22. 11. 1987

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-femme

2011

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
UFR DE MEDECINE DE GRENOBLE

ECOLE DE SAGES-FEMMES DE GRENOBLE

UTILISATION DU SAC DE RECUEIL SOUS
FESSIER AU CHU DE GRENOBLE :
ETUDE DE 30 CAS

Mémoire soutenu le :

17 Mai 2011

Par : BOUREAU Mathilde

Née le : 22. 11. 1987

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-femme

2011

REMERCIEMENTS

Je remercie les membres du Jury :

Mme le Dr Pascale HOFFMANN, MCU-PH en Gynécologie Obstétrique au CHU de Grenoble, Président du Jury ;

Mr le Dr Emmanuel EYRIEY, Gynécologue obstétricien à la Clinique Mutualiste de Grenoble ;

Mme Chantal SEGUIN, Directrice de l'Ecole de Sages-femmes de Grenoble ;

Mr Fabien VELLEMENT, Sage-femme au CH de Voiron.

Je remercie plus particulièrement,

Mme Anne JOURNAULT, Sage-femme au Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble,
directrice de ce mémoire ;

Pour ses conseils précieux et ses encouragements,

Mme Nadine VASSORT, Sage-femme Enseignante à l'Ecole de Sage-femme de Grenoble,
guidante de ce mémoire,

Pour sa disponibilité, ses encouragements et ses corrections,

L'ensemble des sages-femmes, étudiants sages-femmes, Gynécologues-Obstétriciens et
Internes en Gynécologie-Obstétrique de la maternité du CHU de Grenoble,

*Pour leur participation et leur disponibilité, qui m'ont permis de mener mon étude malgré les
contraintes.*

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	5
TABLE DES MATIERES	7
ABREVIATIONS	1
INTRODUCTION.....	2
MATERIEL ET METHODES	4
I- Type d'étude	4
II- Population.....	4
II - 1 : Critères d'inclusion	4
II- 2 : Critères d'exclusion	5
II- 3 : Taille de l'échantillon	5
III- Elaboration de la grille de recueil	5
III- 1 : Les références	6
- Les données récentes de la littérature [2,3, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14].....	6
- Les ouvrages reconnus sur le sujet [5, 15].....	6
III- 2 : Les critères	6
III- 2- 1 Le type d'opérateur effectuant l'accouchement	6
III-2- 2 : Le moment de l'ouverture du SDR	7
III-2- 3 : Durée de présence du SDR.....	7
III- 2- 4 : Les lectures du contenu du SDR	7
III- 2- 5 : La contamination du contenu par d'autres sécrétions ou déchets	8
III- 2- 6 : La quantification des pertes lors de la réfection périnéale	9
III- 2- 7 : La traçabilité dans le dossier	9
III- 2- 8 : Autres	9
IV- Période d'étude	10
V- Recueil des données	10
VI- Analyses statistiques.....	10
RESULTATS	11
III- 1 : Moment de l'ouverture du SDR.....	12
III- 2 : Durée de présence du SDR	12
III- 3 : Lectures du contenu du SDR	12
III- 4 : Contenu du SDR	13
III- 5 : Quantification des pertes sanguines pendant la réfection périnéale	13
III- 6 : Traçabilité dans le dossier.....	14
DISCUSSION	16
I- Limites de l'étude	16
I- 1 : l'observation directe	16
I- 2 : La taille de l'échantillon.....	17
II- Analyse des données	17
II- 1 : La population	17
II- 2 : L'utilisation du SDR	18
II- 2- 1 : L'ouverture du SDR.....	18
II- 2- 2 : La durée de présence du SDR.....	18
II- 2- 3 : Les lectures du contenu du SDR.....	19
II- 2- 4 : Le contenu du SDR.....	20
II- 2- 5 : Quantification des pertes pendant la réfection périnéale	21
II- 2- 6 : Traçabilité dans le dossier.....	22

II- 2- 6- a : Le volume était noté sans qu'aucun volume ne soit contenu	22
II- 2- 6- b : le volume noté était concordant avec le volume contenu.....	23
II- 2- 6- c : le volume noté était discordant par rapport au volume contenu	23
III- Objectifs et perspectives d'amélioration.....	24
CONCLUSION	26
ANNEXES	1
Annexe 1 : Grille de recueil	1
Annexe 2	1
BIBLIOGRAPHIE	2
RESUME.....	5
Mots clés:	5

ABREVIATIONS

HPP : Hémorragie du Post-Partum

HAS : Haute Autorité de Santé

CIVD : Coagulation Intra Vasculaire Disséminée

CNEMM : Comité National d'Experts sur la Mortalité Maternelle

RPC : Recommandations pour la Pratique Clinique

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

SDR : Sac de Recueil

RPAI : Réseau Périnatal Alpes-Isère

AVB : Accouchement par voie basse

SFAR : Société Française d'Anesthésie et de Réanimation

SF : Sage-femme

ESF : Etudiant sage-femme

LA : Liquide Amniotique

INTRODUCTION

L'hémorragie du post-partum (HPP) est définie par une perte sanguine issue du tractus génital de plus de 500 ml dans les 24 heures qui suivent la naissance. Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), « bien que l'HPP concerne environ 5 % des naissances et que la plupart de ces hémorragies soient bien tolérées, le volume de 500 ml doit rester le seuil à partir duquel une prise en charge active doit être déclenchée (accord professionnel) » [1, 2].

L'HPP est souvent associée à une forte morbidité : anémie, accidents transfusionnels, état de choc, coagulation intra vasculaire disséminée (CIVD), hystérectomie [3] ; ainsi qu'une mortalité encore trop grande. Selon une expertise menée de 2001 à 2006 par le Comité National d'Experts sur la Mortalité Maternelle (CNEMM), l'HPP est la 1^{ère} cause de mortalité obstétricale maternelle en France, contrairement à la plupart des autres pays européens [4]. Cela représente 7 à 8 décès pour 100 000 accouchements. De plus, cette expertise révèle que les décès s'avèrent être évitables dans 50% à 70% des cas, principalement par retard au diagnostic.

En 2004, l'HAS a diffusé les Recommandations pour la Pratique Clinique (RPC) relatives à l'HPP élaborées par le Collège National des Gynécologues Obstétriciens (CNGOF) [4] dans le cadre d'un partenariat avec l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). Dans ces recommandations, il est précisé qu'une surveillance régulière doit être effectuée pendant les deux heures qui suivent l'accouchement. Cette surveillance porte, parmi d'autres paramètres, sur l'importance des pertes sanguines. L'ouvrage de Jean-Louis Pourriat et de Claude Martin intitulé *Principes de réanimation chirurgicale* précise que « Le recueil de ces différents paramètres sera effectué tous les quarts d'heure et noté sur la feuille d'observation » [5]. L'HAS et le CNGOF recommandent que « la quantification peut être facilitée par la mise en place d'un sac de recueil placé sous la patiente dès la fin de l'expulsion fœtale (grade C) » [1, 4]. L'étude de G Tourné et Al a montré l'intérêt de l'utilisation d'un sac de recueil dans le diagnostic de l'HPP [3]. Cependant, le niveau de preuve étant faible, les critères d'utilisation de ce sac de recueil (SDR) pour quantifier les pertes sanguines durant les 2 heures de surveillance recommandées sont assez flous, et il n'existe aucun consensus établi sur le sujet.

Au CHU de Grenoble, le sac de recueil sous fessier utilisé est une poche transparente unique graduée tous les 100 ml pour faciliter la quantification des pertes sanguines. Le protocole du service sur l'HPP [6] définit le moment de l'ouverture du SDR, mais la fréquence des quantifications et la durée de présence du SDR n'est pas explicitement décrite. En outre, il n'existe pas de conseils d'utilisation de la part du laboratoire fournisseur. La quantification des pertes sanguines par le moyen du SDR au CHU de Grenoble commence-t-elle dès la fin de l'expulsion fœtale, et dure-t-elle pendant les 2h du post-partum immédiat ?

C'est face à cette utilisation non codifiée à ce jour qu'il nous a paru pertinent de réaliser une observation des différentes modalités d'utilisation des SDR.

Aussi, l'objectif principal de notre étude vise à décrire l'utilisation du SDR par les professionnels et d'en évaluer l'homogénéité.

L'objectif secondaire est de rassembler les données permettant l'élaboration dans un second temps d'un protocole d'utilisation qui répondra aux exigences des recommandations et respectera les contraintes mises à jour.

Nous décrirons dans une première partie le matériel et les méthodes utilisées dans cette étude,
Nous décrirons les résultats obtenus dans une deuxième partie,
Enfin, nous discuterons ces résultats dans une troisième partie.

MATERIEL ET METHODES

I- Type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive prospective monocentrique réalisée à la maternité du CHU de Grenoble, utilisant comme mode de recueil des données issues de l'observation directe.

II- Population

II - 1 : Critères d'inclusion

La population de l'étude était constituée de tous les intervenants pratiquant les accouchements par voie basse (AVB) dans le service de salle d'accouchement du CHU de Grenoble durant la période de recueil, toutes situations obstétricales confondues. Il s'agissait :

- Des sages femmes Diplômées d'Etat,
- Des étudiants sage-femme de l'Ecole de Grenoble en troisième, quatrième ou cinquième année d'études, en stage dans le service de salle d'accouchement durant la période de recueil,
- Des médecins obstétriciens et des internes en obstétrique pratiquant des accouchements par voie basse dystociques.

Au total ont été observées 10 sages femmes, 11 étudiants sages femmes, 9 médecins effectuant des accouchement dystociques par voie basse.

Nous avons choisi de réaliser notre étude sur une population mixte pour des raisons pratiques, car lors de l'observation directe il était impossible de prédire l'intervention de l'obstétricien ou de l'interne en obstétrique. Nous considérons également que les sages femmes sont responsables de l'accouchement et de la surveillance de la patiente dans le post-partum

immédiat quel que soit l'opérateur de l'accouchement. Nous avons donc cherché à observer les modalités d'utilisation du SDR au CHU de Grenoble par tous chacun des intervenants potentiels pratiquant les AVB.

II- 2 : Critères d'exclusion

La sage-femme directrice de l'étude qui travaillait en salle d'accouchement au moment du recueil des données a été exclue de l'étude pour des raisons évidentes de biais.

Nous avons exclu les observations pour lesquelles l'issue de l'accouchement était la césarienne en cours de travail.

II- 3 : Taille de l'échantillon

L'échantillon comporte 30 observations : en effet, dans ce type d'étude, la taille de l'échantillon considérée comme suffisante est habituellement de 30 à 50 pratiques par unité de soins.

III- Elaboration de la grille de recueil

Les données ont été recueillies de manière prospective, par le moyen d'une grille d'observation standardisée regroupant les critères détaillés ci-dessous et la possibilité de saisie d'information complémentaires libres au moment de l'observation. Un test préalable sur 5 observations en octobre 2010 nous a permis d'apporter à notre grille les corrections nécessaires. La grille de recueil est présentée en annexe 1.

III- 1 : Les références

Les références choisies pour déterminer les critères d'utilisation sont :

- Les recommandations sur la prise en charge de l'HPP de l'HAS et du CNGOF [1],
- Le protocole de la prise en charge de l'HPP du RPAI, [6]
- Les recommandations de la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR) [7],
- Les données récentes de la littérature [2,3, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14]
- Les ouvrages reconnus sur le sujet [5, 15]

III- 2 : Les critères

Nous nous sommes basés sur les recommandations et études sus citées pour élaborer les cinq premiers critères. Il nous a également paru judicieux d'ajouter deux autres critères précisant le mode de quantification des pertes d'origine périnéale, ainsi que la traçabilité de la quantité totale des pertes dans le dossier.

Voici quels sont les critères que nous avons utilisés:

III- 2- 1 Le type d'opérateur effectuant l'accouchement

Il est recommandé que tout intervenant potentiel connaisse le protocole du service concernant l'HPP et les recommandations nationales sur le sujet, car la prise en charge optimale de l'HPP est multidisciplinaire. [1, 6, 7].

Il nous paraissait intéressant de connaître l'opérateur effectuant l'accouchement si une discordance de pratiques entre les professionnels était observée. Nous avons distingué :

- la sage femme seule (SF),
- un(e) étudiant(e) sage-femme (ESF) en L3, M1 ou M2, finalement regroupés sous le sigle « ESF » dans notre saisie statistique,
- un obstétricien ou un(e) interne en obstétrique, regroupés sous le terme « médecin ».

III-2- 2 : Le moment de l'ouverture du SDR

Il est recommandé d'ouvrir le SDR dès la fin de l'expulsion fœtale [1, 3, 6, 7]. Notre grille de recueil comportait un tableau permettant de noter de façon chronologique l'heure de l'expulsion fœtale, de la mise en place du SDR et de la délivrance ; mais aussi les heures de chaque lecture de la quantité de pertes, ainsi que l'heure de retrait du SDR. Nous avons distingué trois catégories pour le moment de l'ouverture du SDR:

- avant l'expulsion fœtale,
- dès la fin de l'expulsion fœtale, avant la délivrance,
- après la délivrance.

III-2- 3 : Durée de présence du SDR

Il est recommandé de quantifier les pertes sanguines dans les 2 heures du post partum immédiat [1, 3, 6, 7]. Si aucun autre moyen de quantification des pertes n'est utilisé, le SDR serait donc gardé comme moyen de quantification objectif pendant ces 2 heures.

Nous avons calculé la durée de présence du SDR à partir de l'heure de l'accouchement et de l'heure de retrait du SDR.

III- 2- 4 : Les lectures du contenu du SDR

Il est recommandé de quantifier les pertes sanguines de façon régulière [1, 3, 6], pour permettre un diagnostic précoce de l'hémorragie [1, 3, 6, 7]. Cette surveillance doit être effectuée « tous les quarts d'heure pendant au moins deux heures de surveillance en salle de travail » [5]

Nous avons établi sur notre grille de recueil huit temps de lectures des pertes sanguines, soit une lecture tous les quarts d'heure pendant deux heures. L'heure de la lecture était notée sur la grille d'observation si le professionnel déplissait le SDR transparent afin d'y lire la quantité contenue.

Une fois nos observations effectuées, il y avait au maximum 3 lectures du contenu du SDR. Nous avons remanié notre critère « lecture des pertes sanguines » en ajoutant une distinction pour deux lectures qui nous semblaient être les plus pertinentes [3, 7, 8, 12, 13, 14] :

- La première quantification intitulée « L1 » avait lieu dans les 15 premières minutes après la délivrance. L'étude menée par C. Dupont et al [8] a montré que 65% des HPP sont dues à une atonie ou une non vacuité utérine. Cette première lecture des pertes sanguines devait permettre un diagnostic et une prise en charge adaptée et rapides dans si une HPP survenait.

- La dernière quantification, intitulée « L(r) » distincte de « L1 », a été retenue car elle avait lieu au retrait du SDR : « L(r) » devait être le volume total des pertes noté dans le dossier.

Nous avons également calculé le temps moyen entre les lectures pour chercher si le délai de 15 minutes était respecté.

III- 2- 5 : La contamination du contenu par d'autres sécrétions ou déchets

La quantification des pertes sanguines qui se base sur une lecture du volume contenu dans le SDR [1, 3, 6, 7, 8] ne peut être exacte que si le SDR contient exclusivement du sang.

Nous avons donc établi les items suivants :

- Le SDR contient uniquement du sang
- Le SDR contient aussi de l'eau lors d'une toilette périnéale
- Le SDR contient aussi du Liquide Amniotique (LA)
- Le SDR contient aussi de la Bétadine
- Le SDR contient aussi des compresses

III- 2- 6 : La quantification des pertes lors de la réfection périnéale

L'HPP se définit par une perte sanguine issue du tractus génital de plus de 500 ml dans les 24 heures qui suivent la naissance. Il est nécessaire de quantifier les pertes sanguines issues de toute plaie vaginale, cervicale ou périnéale provoquées lors de l'accouchement : ces pertes sanguines constitueraient à elles seules 18% des étiologies d'HPP. [7, 14]

Pour cela, nous avons défini les items suivants dans le cas d'une plaie cervico-vaginale ou d'une épisiotomie:

- Le SDR est retiré avant la réfection du périnée,
- Le SDR est laissé sous le champ stérile lors de la réfection du périnée,
- Un nouveau SDR est utilisé uniquement pour la réfection du périnée.

III- 2- 7 : La traçabilité dans le dossier

Il est recommandé de noter le volume des pertes dans le dossier de la patiente [1, 5, 6, 7, 14]. Au CHU de Grenoble, il existe dans le dossier informatisé une case prévue à cet effet concernant la quantité finale des pertes observées. Ce chiffre doit toujours apparaître dans le dossier pour des raisons médico-légales.

Nous avons ainsi relevé :

- Le volume de pertes contenu dans le SDR, relevé en observation directe lorsque le professionnel déplissait le SDR,
- Le volume noté dans le dossier,
- La différence entre le volume contenu observé et le volume noté dans le dossier,
- L'absence de lecture du volume contenu dans le SDR.

Nous avons accepté une marge d'erreur de 50 ml pour toutes ces lectures du fait du manque de précision de la graduation du SDR tous les 100 ml.

III- 2- 8 : Autres

Pendant le temps d'observation, nous avons également relevé si un autre moyen de quantification des pertes sanguines était utilisé (exemple : pesée des garnitures), et si le diagnostic d'HPP était fait par l'un des intervenants.

IV- Période d'étude

Un test de la grille de recueil a été réalisé entre le 08 et le 20 Octobre 2010, puis l'étude a été menée du 28 octobre 2010 au 17 février 2011.

V- Recueil des données

Nous avons réalisé cette étude par la méthode d'observations directes à l'aide d'une grille de recueil standardisée anonyme.

Un courrier d'information a été transmis à l'équipe travaillant en salle d'accouchement pendant la période requise. Ce courrier figure en annexe 2. Pour des raisons de fiabilité des résultats, il a été décidé que le sujet de cette étude ne devait pas être révélé aux professionnels. L'accord des professionnels et des patientes était systématiquement recherché, et chacun pouvait refuser l'observation de l'accouchement. L'enquêtrice était l'étudiante sage femme à l'initiative de l'étude. Elle devait être présente au moment de chaque accouchement, de l'expulsion fœtale jusqu'au retrait du SDR. Lorsque la sage-femme ne notait pas immédiatement le volume des pertes sanguines dans le dossier informatique, cette donnée était alors recherchée rétrospectivement grâce à l'identité de la patiente relevée au moyen d'une étiquette collée sur un coupon détachable de la grille de recueil prévu à cet effet.

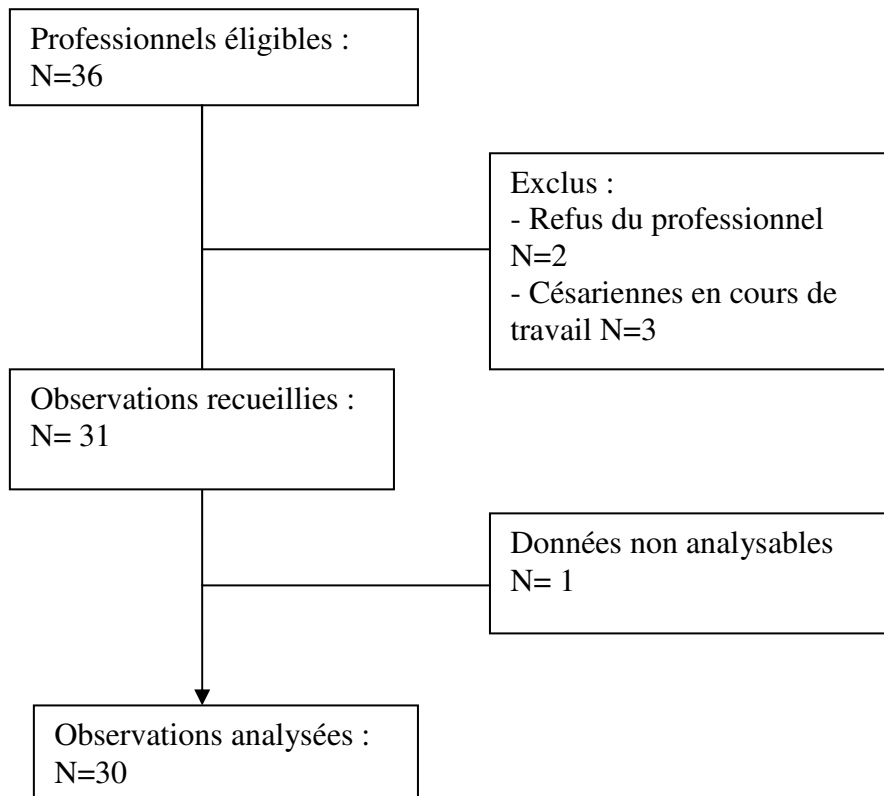
VI- Analyses statistiques

Le traitement des données et les analyses statistiques ont été réalisées au moyen du logiciel informatique Statview.

Les variables qualitatives ont été décrites par les pourcentages et les effectifs, et les variables quantitatives par les médianes et intervalles interquartiles.

RESULTATS

I- Diagramme d'inclusion



II- Caractéristiques de la population

Le taux de non-participation de notre étude s'élevait à 5% du total des professionnels éligibles.

Une observation comportait trop de données manquantes et a été exclue de notre analyse.

Au total, 30 accouchements ont été observés et analysés:

- 33 % (N=10) de notre effectif total était composé par des SF,
- 37 % (N=11) était composé par des ESF, toutes années d'études confondues,
- 30% (N=9) était composé par des obstétriciens ou des internes en obstétrique.

III- Utilisation du SDR

Les résultats de mesure de temps sont définis en minute par leur médiane, accompagnée de leur intervalle interquartile (25^{ème}, 75ème percentiles).

III- 1 : Moment de l'ouverture du SDR

- 20% (N=6) des opérateurs ouvrait le SDR avant l'expulsion fœtale,
- 70% (N=21) l'ouvrait dès la fin de l'expulsion fœtale,
- 10% (N= 3) l'ouvrait après la délivrance.

III- 2 : Durée de présence du SDR

Durée médiane de présence : 35 (22, 47).

La durée maximale de présence du SDR était de 60 minutes, et la durée minimale de 13 minutes.

III- 3 : Lectures du contenu du SDR

Tableau I :

Critères	Effectif total N (%)
<u>Lectures :</u>	30 (100)
Pas de lecture	10 (33)
Une seule lecture a eu lieu	13 (43)
Deux lectures ont eu lieu	5 (17)
Trois lectures ont eu lieu	2 (7)
« L1 » a eu lieu ⁽¹⁾	14 (47)
« L(r) » a eu lieu ⁽²⁾	12 (40)

⁽¹⁾ « L1 » : lecture du contenu du SDR dans les 15 premières minutes suivant la délivrance.

⁽²⁾ « L(r) » : lecture du contenu du SDR au moment du retrait du SDR.

Fréquence médiane des lectures : 15 (8, 22).

Le temps maximal écoulé entre les lectures était de 37 minutes, et le temps minimal écoulé était de 5 minutes.

III- 4 : Contenu du SDR

Tableau II :

Critère	Effectif total N(%)
<u>Contenu du SDR :</u>	30 (100)
Uniquement du sang	18 (60)
De l'eau	7 (23)
Du Liquide Amniotique	3 (10)
De la Bétadine	5 (17)
Des compresses	4 (13)
Des urines	0

III- 5 : Quantification des pertes sanguines pendant la réfection périnéale

Tableau III :

<u>Critères</u>	<u>Effectif partiel :</u> n (%)
<u>Nombre de plaies vaginales ou épisiotomies nécessitant une réfection périnéale :</u>	20 (100)
Le SDR était retiré avant la réfection périnéale	4 (20)
Le même SDR était laissé sous le champ stérile	15 (75)
Un nouveau SDR était mis en place	1 (5)

III- 6 : Traçabilité dans le dossier

Tableau IV :

<u>Critères</u>	<u>Effectif total N (%)</u>		
	<u>Lecture du contenu du SDR</u>		<u>Pas de lecture du contenu du SDR</u>
	20 (67)		
	Volumes concordants ⁽¹⁾ 12 (40)	Volumes discordants ⁽²⁾ 8 (27)	10 (33)
	n (%)*	n (%)*	n (%)*
<u>Ouverture du SDR :</u>			
- Avant expulsion fœtale	1 (8)	1 (13)	4 (40)
- Dès la fin de l'expulsion foetale	11 (92)	6 (75)	4 (40)
- Après la délivrance		1 (13)	2 (20)
<u>Contamination du contenu du SDR par des déchets ou sécrétions :</u>	3 (25)	3 (38)	6 (60)
<u>Quantification des pertes pendant la réfection périnéale :</u>			
- SDR retiré	2 (17)	2 (25)	
- SDR sous le champ stérile	6 (50)	6 (75)	3 (30)
- Nouveau SDR mis en place			1 (10)

Lorsqu'une différence existait entre le volume noté dans le dossier et le volume réellement contenu dans le SDR:

Volume médian de discordance: 135 (98, 173). (exprimé en ml)

- Lorsque les volumes contenus et notés dans le dossier concordaient :

Temps médian de retrait : 33 (20, 47)

- Lorsque les volumes étaient discordants,

Temps médian de retrait : 43 (39, 48)

- Lorsque aucun volume n'avait réellement été lu,

⁽¹⁾ Le volume des pertes noté dans le dossier était concordant avec le dernier volume contenu « L(r) ».

⁽²⁾ Le volume des pertes noté dans le dossier était discordant du dernier volume contenu L(r).

* Effectifs en pourcentages partiels

Temps médian de retrait : 22 (9, 35).

Aucun autre moyen objectif de quantification des pertes sanguines n'a été utilisé par les professionnels.

Il n'y a eu aucun diagnostic d'HPP sur ces 30 observations.

DISCUSSION

I- Limites de l'étude

I- 1 : l'observation directe

Dans ce type d'étude, il est admis que le recueil des données peut être effectué par observations directes, entretiens semi directifs, questionnaires, ou par l'analyse de supports écrits [16]. Dans notre cas, il existait trop peu de renseignements sur l'utilisation du SDR dans le dossier des patientes, ce qui excluait l'analyse de support écrit comme seul mode de recueil. L'entretien semi directif aurait nécessité une formation spécifique de l'enquêtrice pour mener un entretien sans influencer les professionnels, et n'était pas faisable dans les délais requis. Enfin, le questionnaire anonyme a été exclu à cause d'un trop grand risque de biais de sélection et de mémorisation de la part des professionnels.

L'observation directe permettait de contourner une grande partie de ces difficultés. De plus, ce mode de recueil présente aussi généralement l'avantage qu'il favorise la remise en question des professionnels de leurs pratiques, et la mise en œuvre rapide d'un programme d'amélioration.

Cependant, ce mode de recueil a présenté certaines contraintes.

La première était le facteur temps : il nous a fallu trois mois et demi pour obtenir les trente observations minimales et exploitables requises. Chaque observation nécessitait plusieurs heures de présence dans le service de salle d'accouchement, avec l'incertitude de l'issue de celui-ci (voie basse ou césarienne).

La seconde était l'impact de l'observation elle-même sur le comportement et les pratiques des professionnels. Pour limiter ce biais d'observation, nous avons choisi de garder le secret sur le sujet de l'étude vis-à-vis des intervenants observés. Mais cette décision a engendré une troisième contrainte, car la nécessité de tenir secret le sujet de l'étude plaçait l'étudiante observatrice dans une position délicate auprès des professionnels, avec un plus grand risque

de refus de coopérer. En définitive, malgré le biais de sélection que cela pouvait introduire, il nous a paru important que les professionnels puissent se sentir libres de refuser, afin de garantir à l'étudiante observatrice une position plus neutre vis-à-vis des professionnels.

Cependant, si nous nous sommes efforcés de limiter le biais d'observation inhérent au mode de recueil des données, nous n'avons toutefois pas pu l'éviter entièrement. Nous ne pouvons par conséquent pas affirmer que nos observations reflètent parfaitement la pratique des différents professionnels.

I- 2 : La taille de l'échantillon

Notre étude comprenait un effectif de 30 cas analysables, ce qui représente la taille minimale requise pour ce type d'études [16].

II- Analyse des données

II- 1 : La population

Les différentes catégories d'intervenants observées étaient représentées de manière équitable : avec 33 % de sages-femmes, 37% d'étudiant(e)s sages-femmes, et 30% d'obstétricien(e)s ou d'internes en obstétrique. Cela reflète l'homogénéité de notre population.

Nous notons 5% de refus de participation de notre population éligible de départ (N=36). Bien qu'il reflète un biais de sélection présent dans notre étude, ce chiffre nous semble acceptable, compte tenu de la contrainte relationnelle qu'imposaient nos observations.

Lors de la création de notre grille de recueil, nous avons distingué le statut de chaque intervenant. Nous pensions pouvoir mettre en évidence des discordances de pratiques entre ces différents opérateurs. Mais par la suite, il nous est apparu que les rôles de ces intervenants

n'étaient pas figés, et que la quantification des pertes sanguines ne relevait pas toujours d'un seul opérateur. Il devenait par la suite peu pertinent de distinguer ces catégories d'intervenants.

II- 2 : L'utilisation du SDR

II- 2- 1 : L'ouverture du SDR

70% des opérateurs suivaient les recommandations [1] et le protocole du service [6] en ouvrant le SDR dès la fin de l'expulsion fœtale. Ce chiffre est satisfaisant et montre la bonne appropriation de cette recommandation par les professionnels. Cependant, il pourrait être encore amélioré, car 20% des opérateurs s'exposaient au risque de recueillir du liquide amniotique en ouvrant le SDR avant l'expulsion fœtale, et 10% ne quantifiaient pas la totalité des pertes en ouvrant le SDR après la délivrance. 30% des professionnels observés s'exposaient donc à effectuer une quantification erronée dès l'ouverture du SDR.

II- 2- 2 : La durée de présence du SDR

Dans 50% de nos observations, la durée de présence du SDR était comprise entre 22 et 47 minutes, avec une durée maximale de présence du SDR à 60 minutes. Le retrait du SDR avait toujours lieu avant les 2 heures recommandées [1, 6, 7].

Aucun autre moyen objectif de quantification des pertes sanguines durant les 2 heures de surveillance réglementaire n'était effectué lors de nos observations. Pourtant, l'étude menée par le groupe Pythagore 6 [8] a montré que 30% des HPP et 20% des HPP graves n'étaient pas diagnostiquées immédiatement en salle d'accouchement, et n'étaient reconnues qu'en suites de couches. Il semblerait que l'ablation du SDR soit effectuée lorsque le saignement vulvaire est jugé minime et que les autres paramètres de surveillance sont stables. La patiente peut alors être « remise au propre ».

Il aurait été pertinent pour notre étude de relever les autres paramètres de surveillance explicités par les recommandations [1, 6, 7], pour apprécier la globalité de la surveillance durant le post-partum immédiat de façon plus générale.

Nos résultats étant unanimes sur la non-conformité aux recommandations de la durée de présence du SDR, montrent que soit la quantification au moyen du SDR pendant les 2 heures requises est impossible pour des raisons pratiques, soit la quantification visuelle, donc subjective, est utilisée une fois que le risque d'HPP est jugé écarté.

II- 2- 3 : Les lectures du contenu du SDR

Dans 33% des cas observés, la lecture du contenu du SDR n'a pas été effectuée. Ce chiffre nous a interpellé, car cela pose la question de la pertinence de l'utilisation de cet outil aux yeux des professionnels comme moyen de quantification des pertes sanguines durant le post-partum immédiat.

Trois lectures du contenu du SDR étaient au maximum observées pendant les deux heures de surveillance du post-partum immédiat. Dans 43% des observations, une seule lecture du contenu du SDR avait lieu, dans 16,7% deux lectures avaient lieu, et dans 7% trois lectures avaient lieu. Ces chiffres sont très loin des recommandations des experts pour qui il faut quantifier les pertes toutes les 15 minutes [5] pendant deux heures, soit huit fois.

Lorsque plusieurs lectures du contenu du SDR avaient lieu, nous avons également relevé que le temps écoulé entre les lectures était dans 50% des cas entre 8 et 22 minutes, avec une médiane à 15 minutes. Ces résultats montrent une fréquence de quantification des pertes plutôt respectueuse des recommandations.

Le fait que le nombre de lectures du contenu du SDR soit réduit s'explique en partie par le fait que le retrait du SDR a lieu avant le délai des 2 heures de surveillance recommandé. Mais dans le cas d'un retrait du SDR après 35 minutes, qui représente la durée médiane au-delà de laquelle sont effectués 50% des retraits du SDR, nous pourrions alors attendre selon la fréquence recommandée, 2 lectures du contenu du SDR. Or nous en observons seulement 17%. Il aurait été intéressant d'enquêter sur la connaissance de la quantification des pertes qu'ont les professionnels, pour comprendre si ce qui conduit au non respect des recommandations vient d'une méconnaissance, d'une négligence ou d'une difficulté de mise en oeuvre en pratique.

Nous avons établi deux critères « L1 » et « L(r) » qui nous semblaient pertinents de distinguer suite à nos premiers. Ces critères nous permettaient d'évaluer la quantification effectuée par les professionnels à deux moments clés.

« L1 » montrait une quantification effectuée dans les 15 premières minutes suivant la délivrance. Ce moment avait été choisi sur la base de certaines études [12, 13] dans lesquelles la quantification ne débutait qu'après la délivrance au moment de l'évacuation de l'hématome rétro placentaire physiologique, considéré comme un moment critique de la quantification des pertes. Ce critère devait donc permettre un diagnostic précoce d'HPP.

« L(r) » montrait une quantification distincte de « L1 » qui devait évaluer la quantité totale du contenu du SDR au moment du retrait de celui-ci.

Nous avons observé que « L1 » avait lieu dans 47% des cas. Nous pouvons en déduire que dans plus de 50% des cas, la quantification des pertes pendant les 15 minutes critiques qui suivent la délivrance, n'est pas faite. Pourtant, c'est durant cette période que les diagnostics de non vacuité et d'atonie utérines, qui représentent respectivement 25% et 40% des étiologies d'HPP [8] sont faits.

La lecture du contenu au retrait du SDR « L(r) » avait lieu dans 40% des cas. Cela nous questionne à nouveau sur la réelle utilité du SDR comme moyen de quantification aux yeux des professionnels. Peut-être la connaissance de ces chiffres pourrait-elle sensibiliser les professionnels à effectuer une quantification plus pertinente.

II- 2- 4 : Le contenu du SDR

Nos observations montrent que dans 60% des cas, le SDR contenait uniquement du sang. Lorsque le contenu du SDR était contaminé, c'était majoritairement par de l'eau utilisée pour une toilette périnéale (23%), suivi par de la Bétadine (17%), par des compresses (13%), et enfin par du LA (10%).

Nous nous attendions à une contamination du contenu du SDR par du LA du fait de l'ouverture dans certains cas du SDR avant l'expulsion fœtale. L'eau, la Bétadine et les compresses sont utilisées toutes trois pour effectuer une toilette vulvaire avant la réfection périnéale, ou juste avant le retrait du SDR dans le cadre de la « remise au propre » de la patiente. La Bétadine est également utilisée en cas de révision utérine, et les compresses sont souvent utilisées lors du dégagement de la tête fœtale, puis lors de la délivrance et de la réfection périnéale. Une poubelle est toujours présente pour recueillir les déchets, mais elle

n'est pas adaptée au recueil des sécrétions et liquides. Cette contamination du contenu du SDR montre soit une négligence des professionnels, soit un matériel inadapté conduisant à l'utilisation du SDR comme moyen de recueil d'autres liquides ou encore comme poubelle.

Afin d'éviter cette utilisation déviée du SDR, il existe des SDR « double poche » comportant une première poche pour le recueil des sécrétions et des déchets, et une seconde poche concernée uniquement par la quantification des pertes sanguines.

II- 2- 5 : Quantification des pertes pendant la réfection périnéale

Lors de la réfection périnéale, nous avons observé que dans 75% des cas, le SDR était laissé en place, mais recouvert par un champ stérile. L'essai randomisé effectué dans 84 maternités européennes posait l'hypothèse que cette pratique contribuait à rendre l'utilisation du SDR apparemment inefficace [10]. Dans 20% de nos observations, le SDR était retiré avant la réfection périnéale, et dans 5% des cas, un nouveau SDR était mis en place.

Nos résultats montrent que la quantification des pertes périnéales n'est dans la plupart des cas jamais effectuée.

Notre étude ne nous laisse qu'entrevoir une autre contrainte à l'utilisation du SDR qui expliquerait nos résultats. La nécessité des conditions d'asepsie lors de la réfection périnéale semble entrer en balance avec la nécessité de la quantification des pertes. En effet le SDR n'est plus stérile après l'expulsion fœtale et la délivrance, c'est pourquoi les professionnels le recouvrent si souvent d'un champ stérile. Comme il n'existe pas de SDR en emballage individuel, et qu'il serait exagéré d'ouvrir une nouvelle trousse d'accouchement uniquement pour utiliser celui-ci, un choix doit être effectué par l'opérateur de la réfection périnéale.

Dans ces conditions, certains intervenants préfèrent alors retirer le SDR avant la réfection périnéale, puisqu'il est alors devenu inutile. Dans un audit effectué par Sabine Viot en 2009, lorsqu'il y avait eu nécessité d'une épisiotomie, le SDR n'était utilisé que dans la moitié des cas environ [17]. Dans ce même audit, la quantification initiale des saignements était conforme aux recommandations dans seulement 50,8% des cas, alors qu'un SDR était disponible dans presque toutes les maternités.

Il est difficile de distinguer la part de négligence, de méconnaissance et de difficultés pratiques dans ces résultats.

II- 2- 6 : Traçabilité dans le dossier

II- 2- 6- a : Le volume était noté sans qu'aucun volume ne soit contenu

Nos observations montrent qu'un volume de pertes est toujours noté dans le dossier informatique, mais que dans 33% des cas, il n'y a jamais eu de lecture du contenu du SDR. Cela montre que les professionnels évaluent la quantité des pertes sanguines par un autre moyen que par l'utilisation du SDR. Pourtant, aucun autre moyen objectif de quantification n'a été observé. Il s'agirait donc d'une estimation visuelle. Pour Tourné et al [3], « l'utilisation du SDR est un moyen précis et rapide de diagnostic d'une hémorragie en salle de naissance, à condition d'être laissé au minimum 2 heures et d'être gradué pour une quantification objective des pertes ». D'après plusieurs études, l'estimation visuelle sous-estime les pertes sanguines de près de 30%, sans que l'expérience de l'opérateur ne modifie ce résultat [8, 11, 18]. Une étude de Dreyfus et al [9] a mis en évidence que, « l'appréciation visuelle sous-estime les pertes supérieures à 300 ml, et surestime les pertes inférieures à 100 ml ». Pourquoi, malgré cet outil objectif et facile d'utilisation, les professionnels continuent-ils de quantifier les pertes sanguines visuellement ?

Il est intéressant de relier les cas où le volume avait été noté sans qu'un volume ne soit observé dans le SDR avec les autres critères utilisés :

60% des observations montrent que l'ouverture du SDR était effectuée trop tôt ou trop tard ; 60% des observations montrent également que le contenu du SDR était contaminé par d'autres sécrétions ou déchets ; 10% des observations montrent que le SDR restait en place sous un champ stérile durant la réfection périnéale. Nous avons également observé que 50% des retraits avaient lieu avant la valeur médiane de 22 minutes. La valeur médiane de durée de présence du SDR était inférieure à la médiane globale des observations pour ce critère. L'intervalle interquartile montre également une hétérogénéité des pratiques. Nous pouvons affirmer que l'utilisation du SDR correspondait très peu aux recommandations lorsque aucune lecture du contenu n'était faite.

Cela nous laisse supposer que la lecture du contenu du SDR dépend aussi de la qualité de son utilisation, car à quoi sert-il de mesurer la quantité du contenu du SDR s'il ne contient pas toutes les pertes sanguines ou pas uniquement celles-ci ?

II- 2- 6- b : le volume noté était concordant avec le volume contenu

Dans 40% des cas, Nos observations montrent que le volume contenu dans le SDR était concordant avec le volume des pertes noté dans le dossier.

Parmi ces observations, l'ouverture du SDR avait alors lieu dès la fin de l'expulsion fœtale dans 92% des cas, ce qui est un chiffre très satisfaisant. Cependant, Le volume contenu dans le SDR était contaminé par d'autres sécrétions ou déchets dans 25% des cas, et lorsqu'une réfection périnéale était nécessaire, le SDR était retiré avant celle-ci dans 17% des cas, ou bien laissé en place sous un champ stérile dans 50% des cas. Cela montre que la traçabilité semble être plus fiable si l'utilisation du SDR a suivi au mieux les recommandations, malgré certaines contraintes non résolues.

Il est intéressant de noter que la durée de présence du SDR est plus élevée que dans le cas où aucune lecture du contenu du SDR n'a eu lieu : 50% des retraits du SDR ont eu lieu avant 33 minutes. Cependant, l'intervalle interquartile étant de 26 minutes, cela montre une certaine inhomogénéité des pratiques.

II- 2- 6- c : le volume noté était discordant par rapport au volume contenu

Dans 27% des cas, nos observations montrent que le volume des pertes noté dans le dossier était discordant par rapport au volume réellement contenu dans le SDR au moment du retrait de celui-ci.

Parmi ces observations, l'ouverture du SDR avait lieu dès la fin de l'expulsion fœtale dans 75% des cas, ce qui est un chiffre satisfaisant. Dans 38% des cas, le contenu du SDR était contaminé par d'autres sécrétions ou déchets. Dans 75% des cas, le SDR était laissé en place sous le champ stérile, et retiré dans 25% des cas. De plus, dans 50% des cas les volumes discordaient de plus de 135 ml, avec un intervalle interquartile de 75 ml. Cette divergence s'explique-t-elle par un manque de précision de la part des professionnels ? Par de la négligence ? Ou bien reflète-t-elle une anticipation des volumes de pertes non quantifiées ?

La durée médiane de présence du SDR s'élevait à 43 minutes, avec un intervalle interquartile de 9 minutes, qui montre une durée de présence du SDR plus longue et plus homogène que dans les deux cas précédents.

Dans son évaluation des pratiques professionnelles de la prévention et de la prise en charge des HPP en Loire-Atlantique, S. Thélu-Loutrel observait que « la quantification des pertes en

cas d'accouchement non hémorragique n'a été conforme que dans 31,5% des dossiers » [19]. Elle note aussi que malgré l'utilisation d'un SDR, les pertes n'étaient pas quantifiées mais estimées de façon visuelle.

Ces observations semblent donc aller dans le sens de nos résultats.

Nos observations montrent une disparité dans la quantification des pertes sanguines durant le post-partum immédiat: d'une part les professionnels suivent globalement les recommandations et le protocole du service pour le moment de l'ouverture du SDR, et le laissent volontairement en place lors de la réfection périnéale, ce qui semble montrer la volonté de quantifier ces pertes. Mais d'autre part, le fait que le contenu du SDR soit contaminé par d'autres sécrétions ou déchets, qu'il contienne seulement une partie des pertes sanguines à cause d'une mise en place trop tardive, ou d'un retrait trop précoce, ou bien à cause du fait que la quantification des pertes pendant la réfection périnéale ne soit pas effectuée, démontrent une appropriation du SDR par les professionnels encore partielle.

III- Objectifs et perspectives d'amélioration

Notre objectif en réalisant cette étude était de décrire l'utilisation du SDR au sein de la maternité du CHU de Grenoble, et d'en évaluer l'homogénéité. Il semble qu'il y ait une importante disparité d'utilisation du SDR pour la majorité de nos critères, qui reflèterait une appropriation partielle de cet outil par les professionnels.

Il faut cependant prendre en compte les contraintes auxquelles ceux-ci doivent faire face :

Le SDR était toujours retiré avant les 2 heures de surveillance requises et les pertes n'étaient quasiment jamais quantifiées durant la réfection périnéale. Cette unanimité de nos observations dans le non respect des recommandations nous questionne sur la difficulté à leur mise en œuvre sur le terrain.

De plus, le contenu du SDR était parfois contaminé par d'autres volumes liquides ou déchets, alors que nous savons que les poubelles sous la table d'accouchement ne sont pas adaptées pour recueillir les liquides utilisés. Bien qu'une négligence de la quantification soit probable, nous pouvons également supposer que le matériel utilisé est inadapté. Nous proposons à cet effet l'utilisation à l'essai d'un SDR « double sac », déjà adopté par d'autres centres tels que la maternité du Centre Hospitalier de Chambéry.

Enfin, la quantification des pertes périnéales n'était jamais réalisée, sans doute pour des raisons d'asepsie, car le SDR, qui n'était plus stérile après l'expulsion foetale et la délivrance, était alors recouvert dans 75% des cas par un champ stérile. La demande de mise en place de SDR individuels ou de SDR dans la trousse de réfection périnéale, destinés à quantifier les pertes durant la réfection périnéale apporterait une amélioration de la précision de la quantification, notamment lorsque le périnée est hémorragique.

Malgré ces contraintes, il semblerait que les professionnels présentent parfois soit un désintérêt, soit une négligence, soit encore une méconnaissance des recommandations pour certains critères de la quantification des pertes sanguines, tels que la durée de présence du SDR, le nombre et la fréquence des lectures de son contenu, la contamination par d'autres sécrétions ou déchets, ou encore la traçabilité dans le dossier du dernier volume contenu. Nous n'avons jamais observé un autre moyen objectif de quantification utilisé, comme la pesée des protections. La quantification par estimation visuelle des pertes semble être encore très courante, malgré l'existence de nombreuses études montrant leur imprécision.

Nous suggérons une diffusion de cette étude auprès des professionnels, dans le but d'améliorer leurs connaissances. Il serait intéressant de pratiquer un audit des cas d'HPP dans le service qui pourrait également permettre une meilleure sensibilisation sur le sujet. Enfin, nous proposons la mise en place d'un protocole d'utilisation du SDR qui puisse tenir compte à la fois des difficultés pratiques de l'utilisation de celui-ci, tout en restant fidèle aux recommandations et au protocole du service.

CONCLUSION

Cette étude nous a permis dans un premier temps de décrire l'utilisation du sac de recueil sous fessier dans le cadre de la maternité du CHU de Grenoble. Nous avons ainsi pu mettre en évidence une disparité des pratiques selon les critères. Mais nos résultats sont à pondérer en raison de nombreuses contraintes pratiques encore non résolues.

Néanmoins, il est possible de réduire les difficultés pratiques en mettant en place certaines mesures comme l'utilisation à l'essai d'un sac de recueil double déjà approprié par certaines structures, mais aussi par la possibilité d'un recueil des pertes lors de la réfection périnéale au moyen d'un autre sac de recueil individuel ou inclus dans la trousse de réfection périnéale.

De plus, la sensibilisation des professionnels à une meilleure précision de leur quantification peut être effectuée par la diffusion d'autres études sur le sujet, et par des audits des cas d'HPP, comme le recommande la Haute Autorité de Santé.

Dans un deuxième temps, un protocole d'utilisation du sac de recueil pourrait être proposé afin d'en améliorer l'homogénéité d'utilisation.

Notre étude s'étant centrée uniquement sur la quantification des pertes, nous proposons une étude plus globale qui étudierait non seulement la quantification des pertes, mais aussi les autres paramètres de surveillance pour pouvoir évaluer la pratique des professionnels sur le sujet de façon générale.

ANNEXES

Annexe 1 : Grille de recueil

Accouchement pratiqué par :

- SF
- ESF L3
- ESF M1
- ESF M2
- Médecin

Hémorragie PP :

- Oui
- Non

Périnée :

- Intact
- Déchirure ou épisiotomie

Autre moyen de quantification des pertes

SDR pendant la réfection du périnée

- Retiré
- Sous le champ stérile
- Autre SDR ouvert

Poche contient uniquement du sang :

- Oui
- Non

Heure de l'acct	Heure de la délivrance	Heure de l'ouvert. de la poche	Lecture 1	Lecture 2	Lecture 3	Lecture 4	Lecture 5	Lecture 6	Lecture 7	Lecture 8	Retrait SDR
			vol								
			t								

La poche contient aussi :

- De l'urine Sondage évacuateur
- De l'eau lors d'une toilette
- Du L.A.
- De la Bétadine
- Des compresses

Différence volume noté/ volume contenu

- Volume contenu dans la poche au retrait : _____
- Volume noté dans le dossier : _____
- Inconnu

Annexe 2

Lettre aux sages femmes de salle d'accouchement à l'Hôpital Couple Enfant de Grenoble

Bonjour,

Je suis étudiante sage femme en M2, et j'effectue mon mémoire de fin d'études sur les pratiques des professionnels lors de l'accouchement à l'HCE.

Après discussion avec l'équipe enseignante, ma guidante, et ma directrice de mémoire, et ayant obtenu l'accord de Mme Jeannin ainsi que le Pr Schaal, nous avons convenu qu'il serait plus judicieux pour mon étude de procéder par « observation directe » plutôt que par questionnaire.

Cela implique donc que je doive assister à un minimum de trente accouchements dans le service.

J'utilise une grille de critères standardisés pour chaque accouchement, et il va de soi que mes observations sont strictement anonymes.

Je tiens à souligner que seuls les actes m'intéressent : en effet, le but de mon mémoire n'est en aucun cas de juger les pratiques des différents professionnels, mais plutôt de montrer quelles améliorations on pourrait apporter dans le service, tout en restant le plus objectif possible.

Comme je fais mon recueil de données sur mon temps libre, je ne suis par conséquent pas couverte par l'assurance de l'école, comme c'est le cas lorsque je suis en stage. Il me faut donc impérativement garder le rôle d'observatrice discrète, et ne pas participer aux accouchements.

Avec mes remerciements anticipés pour votre compréhension et votre coopération à ce projet,

Cordialement,

Mathilde Boureau, ESF M2

le 15/10/10

BIBLIOGRAPHIE

[1]. Haute Autorité de Santé, et Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français
Recommandations pour la pratique clinique. Hémorragies du post-partum immédiat.
Novembre

[2] D. Subtil, A. Sommé, E. Ardiet, S. Depret-Mosser
Hémorragie du Post-partum : fréquence, conséquences en terme de Santé et facteurs de risque
avant l'accouchement.
J Gynécol Obstet Biol Reprod, 2004; 33 (suppl. au n°8) : p 9-16

[3] 2004G. Tourné, F. Collet, P. Lasnier, P. Seffert
Intérêt de l'utilisation d'un sac de recueil dans le diagnostic des hémorragies de la délivrance.
J Gynéc Obst Biol Reprod; 2004, 33, pp. 229-234

[4] Comité National d'Experts sur la Mortalité Maternelle
Numéro thématique- La mortalité maternelle en France : bilan 2001-2006
B E H thématique 2-3, 2010

[5] J-L. Pourriat, C. Martin
Principes de réanimation Chirurgicale. 2ème édition chez Arnette. 2005

[6] Réseau Périnatal Alpes-Isère
Protocole de prise en charge de l'hémorragie du post-partum.

[7] R.C. Rudigoz, C. Dupont, H.J. Clément, C. Huissoud
Les hémorragies du post-partum. 51^{ème} congrès national d'anesthésie et de réanimation. Lyon.
France.
2009 Elsevier Masson SAS.

[8] C. Dupont et al. Groupe Pythagore 6.

Incidence and management of portpartum haemorrhage following the dissemination of guidelines in a network of 16 units in France.

Int J Obstet Anesth 2009 ; 18 : 320-327

[9] M. Dreyfus, G. Beucher, A. Mignon, B. Langer

Prise en charge obstétricale initiale en cas d'hémorragie du post-partum.

J Gynécol Obstet Biol Reprod, 2004; 33 (suppl. au n°8) : p57- 64

[10] W.H. Zhang et al.

Effect of a collector bag for measurement of postpartum blood loss after vaginal deliver: cluster randomised trial in 13 European countries.

BMJ 2010; 340: c 293

[11] M.N. Schorn

Measurement of blood loss: Review of the literature

J Midwifery Women's Health. 2010 Jan-Feb; 55 (1): p 20-7

[12] L.Sekhavat , R.D. [Firuzabadi](#), M. Karimi Zarchi

Effect of postpartum oxygen inhalation on vaginal blood loss.

J Matern Fetal Neonatal Med. 2009 Nov; 22 (11): p 1072-6

[13]H. Yang, S. Zheng, C. Shi

Clinical study on the efficacy of tranxanemic acid in reducing postpartum blood lose: arandomized, comparative, multicenter trial.

Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi. 2001 Oct; 36(10): p 590-2

[14] V. Tessier, F. Pierre

Facteurs de risque au cours du travail et prévention clinique et pharmacologique de l'hémorragie du post-partum.

J Gynécol Obstet Biol Reprod, 2004; 33 (suppl. au n°8) : p29-56 ;

[15] J. Lansac, H. Marret, J.F. Oury, E. Andiet

Pratique de l'accouchement. 4ème edition. Masson. 2006.

[16] Agence Nationale d'accréditation et d'Evaluation en Santé
Réussir un audit clinique et son plan d'amélioration. Juin 2003.

[17] S. Viot

Audit de ressources et de pratiques des hémorragies du post-partum dans les 24 maternités des
Pays de la Loire.

Diplôme d'Etat de Sage-femme. Université de Nantes. 2009.

[18] H.M. Kadri, B.K. Al Anazi, H.M. Tamim

Visual estimation versus gravimetric measurement of postpartum blood loss prospective
cohort study.

Arch Gynecol Obstet. 2010 May 28.

[19] S. Thélou-Loutrel

Evaluation des pratiques professionnelles de la prévention et de la prise en charge des
hémorragies du post-partum dans les maternités de Loire-Atlantique et de Vendée.

Université de Nantes. Dilôme d'Etat de docteur en médecine spécialité Gynécologie-
Obstétrique. 2009.

RESUME

L'hémorragie du post-partum est définie par une perte issue du tractus génital de plus de 500 ml dans les 24 heures suivant la naissance, Elle demeure la première cause de mortalité maternelle en France. Des recommandations ont été émises par la Haute Autorité de Santé en 2004, portant notamment sur la quantification des pertes par l'utilisation d'un sac de recueil. L'objectif de notre étude était de décrire l'utilisation de ce sac de recueil.

Une étude de 30 cas a été réalisée par observations directes au CHU de Grenoble entre octobre 2010 et Février 2011. Les critères observés concernaient l'ouverture et le retrait du sac, la fréquence des lectures et la contamination du contenu, et la traçabilité dans le dossier.

Les résultats sont hétérogènes selon les critères, et une amélioration de l'utilisation est nécessaire et possible.

Nous espérons que notre travail permettra de sensibiliser les professionnels sur le sujet, et favorisera la mise en place d'un protocole d'utilisation du sac de recueil pour une meilleure précision de la quantification des pertes sanguines.

Mots clés:

Hémorragie du post-partum. Quantification des pertes sanguines. Sac de recueil.