



HAL
open science

**Évaluation de la traçabilité de la prise en charge de
l'hémorragie du post-partum par l'analyse des feuilles de
surveillance spécifiques. Audit de conformité dans les six
maternités du Réseau de Périnatalité de Bretagne
Occidentale de mai à octobre 2016**

Maïna Denes

► **To cite this version:**

Maïna Denes. Évaluation de la traçabilité de la prise en charge de l'hémorragie du post-partum par l'analyse des feuilles de surveillance spécifiques. Audit de conformité dans les six maternités du Réseau de Périnatalité de Bretagne Occidentale de mai à octobre 2016 . Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. dumas-01559143

HAL Id: dumas-01559143

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01559143>

Submitted on 10 Jul 2017

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0
International License

ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE BREST
UFR de médecine et des sciences de la santé

MÉMOIRE DE FIN D'ÉTUDES
DIPLOME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME
ANNÉE 2017

**Évaluation de la traçabilité de la prise en charge de l'hémorragie du post-partum par
l'analyse des feuilles de surveillance spécifiques.
Audit de conformité dans les six maternités du Réseau de Périnatalité de Bretagne
Occidentale de mai à octobre 2016**

Présenté et soutenu par :

Maïna DENES

Née le 22 avril 1993

Directeur de mémoire : Dr HANNIGSBERG Jacob

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je soussignée Maïna DENES

Assure avoir pris connaissance de la charte anti-plagiat de l'Université de Bretagne Occidentale.

Je déclare être pleinement consciente que le plagiat total ou partiel de documents publiés sous différentes formes, y compris sur internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.

Je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour rédiger ce travail.

Signature.

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier tout particulièrement :

Le Docteur HANNIGSBERG Jacob, chef de clinique dans le service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital Morvan, de l'intérêt porté à mon travail ainsi que pour ses conseils avisés.

Madame LEBDIRI Béatrice, sage-femme enseignante à l'école de Brest, pour sa disponibilité et ses encouragements.

Les cadres de santé des blocs obstétricaux de toutes les maternités qui m'ont facilité l'accès aux dossiers.

Madame BERTSCHY Françoise, sage-femme coordinatrice du RPBO qui m'a accompagné sur la partie logistique.

Monsieur DUMOULIN Aurélien, mon adorable beau-frère, pour le temps consacré à l'élaboration des différents graphiques.

Mes proches ainsi que toutes les personnes qui m'ont soutenu durant ses quatre dernières années.

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION.....	1
II. PATIENTES ET MÉTHODES.....	3
1. Objectif et type d'étude.....	3
2. Population étudiée.....	3
2.1. Critères d'inclusion.....	3
2.2. Critères d'exclusion.....	4
3. Méthodes de recueil de données.....	4
3.1. Revue des dossiers.....	4
3.1.1. Identifications des patientes.....	4
3.1.2. Critères étudiés.....	4
3.2. Analyse statistique.....	5
III. RÉSULTATS.....	6
1. Population.....	6
2. Statistiques générales.....	6
2.1. Taux d'hémorragies.....	6
2.2. Feuille de surveillance spécifique.....	7
2.3. Prévention.....	8
3. Traçabilité de la prise en charge initiale en cas d'HPP après un accouchement par voie basse.....	9
3.1. Surveillance clinique et actes obstétricaux.....	9
3.2. Actes anesthésiques.....	9
3.3. Prise en charge par établissement.....	10
4. Traçabilité de la prise en charge initiale en cas d'HPP en cours de césarienne : surveillance clinique et actes anesthésiques.....	11
5. Prise en charge des hémorragies persistantes ou sévères.....	11
5.1. Délais d'initiation de la Sulprostone.....	11
5.2. Commande de sang et transfusion.....	12
5.3. Tamponnement intra-utérin / Embolisation / Chirurgie d'hémostase.....	12
6. Traçabilité des horaires / délais et pertes sanguines.....	12
6.1. Heures renseignées.....	12
6.2. Délais de la prise en charge.....	13
6.3. Traçabilité des pertes sanguines.....	13

7. Analyse par critères composites : DA-RU / Massage utérin / Examen sous valves (groupe Nalador) / Ocytocine 5 – 10 UI (IVL).....	13
IV. DISCUSSION.....	15
1. Taux d'HPP.....	15
2. Remplissage des feuilles.....	16
3. Prévention par ocytociques.....	17
4. Prise en charge initiale.....	17
5. Prise en charge d'une hémorragie persistante ou sévère d'emblée.....	19
6. Traçabilité des horaires et délais lors de la prise en charge.....	20
7. Extrapolation de la conformité des pratiques.....	21
V. CONCLUSION.....	21
VI. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	23
VII. ANNEXES.....	27
VIII. RÉSUMÉ.....	31

ABRÉVIATIONS

APO : Administration prophylactique d'ocytocine

AVB : Accouchement par voie basse

CNEMM : Comité National d'Experts sur la Mortalité Maternelle

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

DA-RU : Délivrance artificielle et révision utérine

DIM : Département d'informations médicales

HAS : Haute Autorité de Santé

HPP : Hémorragie du post-partum

IVD : Intraveineuse directe

IVL : Intraveineuse lente

RPBO : Réseau de Périnatalité de Bretagne Occidentale

SFAR : Société Française d'Anesthésie et de Réanimation

UI : Unité internationale

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Suivi des patientes de l'étude

Figure 2 : Réalisation de la feuille HPP en fonction des maternités et de la voie d'accouchement

Figure 3 : Méthodes de gestion de la délivrance

Figure 4 : Traçabilité de la surveillance clinique et des actes obstétricaux

Figure 5 : Traçabilité des actes anesthésiques

Figure 6 : Traçabilité de la surveillance clinique et des actes anesthésiques

Figure 7 : Analyse par critères composites des actes obstétricaux par établissement

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Taux d'HPP par établissement

Tableau II : Prise en charge initiale au sein des maternités du RPBO

Tableau III : Délais d'initiation de la sulprostone en fonction des pertes sanguines

Tableau IV : Traçabilité horaire de la prise en charge

Tableau V : Délais entre le début de l'HPP et les principales étapes de la prise en charge

Tableau VI : Quantification des pertes sanguines au cours de la prise en charge

I. INTRODUCTION

L'hémorragie du post-partum (HPP) définie par des pertes sanguines supérieures ou égales à 500 ml après un accouchement est une urgence obstétricale qui survient de manière parfois imprévisible et souvent brutale. Sa fréquence et sa gravité font d'elle une complication redoutée aussi bien par les sages-femmes que par les obstétriciens. Elle complique 5 à 10 % des accouchements. Généralement, ces HPP sont modérées (entre 500 et 1000 mL) mais s'avèrent sévères (≥ 1000 mL) pour 1 à 2 % des parturientes. [1]

Les facteurs de risques d'HPP sont nombreux et comprennent des caractéristiques maternelles (âge, multiparité, niveau socio-économique, troubles de la coagulation) ainsi que des facteurs anté-partum (pré-éclampsie, surdistension utérine, placenta praevia...) et per-partum (durée du travail, déclenchement, extraction instrumentale, épisiotomie). Néanmoins, parfois aucun facteur de risque n'est retrouvé chez les patientes. [1,2]

En France, 50 à 80 % des HPP sont consécutives à une atonie utérine, 10 à 30 % sont liées à une rétention placentaire et 15 à 20 % s'expliquent par des lésions périnéales. Les anomalies d'insertion placentaire, la rupture ou l'inversion utérine et les coagulopathies sont des étiologies secondaires moins courantes mais souvent responsables d'HPP sévères. [1,3]

Dans les pays développés où les morts maternelles sont des événements rares, le taux de mortalité s'avère être un bon indicateur de santé maternelle. Dans son dernier rapport publié en 2013, le Comité National d'Experts sur la Mortalité Maternelle (CNEMM) estimait que les hémorragies étaient responsables de 1,6 décès maternels pour 100 000 naissances en France. D'après ce dernier, deux tiers de ces décès étaient directement en lien avec une complication de la grossesse ou de l'accouchement. Dans notre pays, l'HPP représente la première cause de mort maternelle avec un taux de 18 %. L'enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles dirigée par le CNEMM entre 2007 et 2009 mettait en évidence que 84 % des décès secondaires à une hémorragie (toutes causes confondues) étaient évitables et liées à des prises en charge jugées non optimales dans 81,3 % des cas. [4]

Ces constats ont alors conduit plusieurs instances scientifiques et médicales à réfléchir sur la

qualité et l'efficacité de la prise en charge en terme de prévention, de diagnostic et de rapidité de traitement. Afin de préciser et d'uniformiser les pratiques professionnelles, le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) a donc réactualisé en décembre 2014 ses recommandations élaborées en 2004.

La sage-femme occupe une place fondamentale dans la prise en charge des HPP dans la mesure où elle pose souvent le diagnostic. Son rôle de prévention débute avant le diagnostic notamment par sa prise en charge active à la délivrance. Elle consiste en une administration préventive de 5 à 10 UI d'ocytocine (APO) par voie intraveineuse lente (IVL) sur une minute en raison des effets hémodynamiques que peuvent provoquer les bolus sur quelques secondes [5]. En cas d'HPP, la sage-femme au centre de cette prise en charge pluridisciplinaire sollicite l'équipe obstétricale, anesthésique et paramédicale, collabore et participe à la prise en charge dans laquelle le facteur temps va constituer un élément primordial dont va dépendre le pronostic [6]. Elle se doit aussi d'assurer la transmission écrite sur une fiche de surveillance spécifique recommandée par la Haute Autorité de Santé (HAS) permettant de vérifier que les actions nécessaires ont été entreprises dans cette situation à risque sanitaire et médico-légal.

Depuis 2003, le Réseau de Périnatalité de Bretagne Occidentale (RPBO) œuvre auprès de la population Finistérienne afin de lui garantir et d'homogénéiser les soins de périnatalité [7]. Pour cela, il procède régulièrement à des enquêtes épidémiologiques : en 2015, le taux d'HPP dans le département était estimé à 5,04 %. Afin d'optimiser la qualité des soins, il utilise divers outils d'évaluation notamment l'audit clinique qui est une méthode couramment utilisée pour analyser et améliorer les pratiques professionnelles, en les comparant à des références admises. Dans cette optique et en accord avec les recommandations, les professionnels du RPBO ont élaboré en 2015 une feuille de surveillance HPP (Annexe I) permettant de tracer la prise en charge de l'HPP.

L'objectif de ce mémoire est de s'assurer que la traçabilité de la prise en charge des HPP est bien réalisée au sein de notre réseau par l'information des feuilles dédiées et d'en extrapoler la qualité des soins en terme d'homogénéité entre maternité et respect des recommandations du CNGOF.

II. PATIENTES ET MÉTHODES

1. Objectif et type d'étude

Ce mémoire est un audit de conformité dont le but principal est d'analyser rétrospectivement l'utilisation et le bon remplissage de la feuille HPP afin d'identifier les items qui occasionnent de nombreuses pertes de données. Secondairement, nous extrapolerons à partir des éléments renseignés sur la feuille, si la prise en charge répond aux exigences fixées par les recommandations du CNGOF (Annexe II-III)

Pour ce projet, le Centre Hospitalier Universitaire de Brest (niveau III), la Polyclinique de Keraudren (niveau IIa), le Centre Hospitalier de Cornouaille (niveau IIb), le Centre Hospitalier de Morlaix (niveau IIa), le Centre Hospitalier de Carhaix (niveau I) et le Centre Hospitalier de Lanerneau (niveau I) ont préalablement donné leur accord pour participer à cette étude.

Dans le cadre d'une démarche nationale d'amélioration des pratiques, les six maternités utilisaient un protocole formalisé et avaient accès à un logigramme de prise en charge d'une HPP élaboré par les professionnels du réseau de périnatalité en partenariat avec les cadres de santé des diverses structures. Suite aux nouvelles recommandations, une feuille de surveillance standardisée avait été mise en place dans le RPBO durant l'année 2015. Notre évaluation s'est déroulée sur une période de six mois, du 1 mai au 31 octobre 2016, soit un an après son instauration.

2. Population étudiée

2.1. Critères d'inclusion

L'ensemble des patientes ayant présenté des saignements supérieurs ou égaux à 500 ml après un accouchement au-delà de 22 SA par voie basse ou par césarienne ont été incluses.

2.2. Critères d'exclusion

Les femmes ayant fait une HPP dans les suites d'une interruption volontaire de grossesse ou après une fausse couche tardive (≥ 14 SA et < 22 SA) ont été exclues. Celles ayant dû bénéficier d'une prise en charge particulière en lien avec des situations inhabituelles telles que les thrombus, les accouchements à domicile ou dans un service d'urgence adulte ont été exclues pour des raisons

de traçabilité.

3. Méthodes de recueil de données

3.1. Revue des dossiers

3.1.1. Identifications des patientes

Les sages-femmes coordinatrices ont effectué des demandes aux Départements d'Informations Médicales (DIM) de chacune des structures afin d'identifier les patientes concernées. Des listes nominatives ont été éditées puis transmises aux services des archives afin de permettre l'accès aux dossiers.

3.1.2. Critères étudiés

Dix éléments du dossier obstétrical des patientes ainsi que quarante-trois items de la feuille de surveillance ont été retenus puis classés dans un tableur de recueil élaboré à l'aide du logiciel LibreOffice Calc, en respectant l'ordre logique de la prise en charge d'une HPP.

Parmi ces informations nous avons recensé :

- des données relatives à l'accouchement : la date et l'heure d'accouchement, la maternité de naissance, la voie d'accouchement, les lésions périnéales, la réalisation d'une extraction instrumentale, l'APO.
- des données relatives à la prise en charge initiale de l'HPP :

Versant obstétrical : l'heure d'établissement du diagnostic et d'appel de l'équipe ainsi que la quantification des pertes sanguines à ces moments, l'utilisation d'un sac de recueil gradué, la réalisation d'un sondage vésical évacuateur ou la pose d'une sonde urinaire à demeure, la pratique d'une délivrance artificielle et/ou d'une révision utérine (DA-RU), d'un examen sous valve et de sutures périnéales, l'évaluation du tonus et le massage utérin prolongé.

Versant anesthésique : le monitoring des constantes vitales, la pose d'une seconde voie veineuse, l'expansion volémique, l'administration de 5 à 10 UI de d'ocytocine en IVL, l'antibioprophylaxie, la pratique d'un Hémocue[®], d'un bilan biologique complet ainsi que l'heure et les pertes sanguines concomitantes à sa réalisation.

- des données relatives à une hémorragie persistante ou d'emblée sévère : l'instauration de la sulprostone (Nalador[®]), la commande de sang, le tamponnement intra-utérin, le transfert dans une maternité disposant d'un plateau de radiologie interventionnelle, l'embolisation, la chirurgie, l'heure et la quantification des pertes sanguines à chacune des étapes citées précédemment.

Les variables qualitatives étudiées ont été codées à l'aide de chiffre binaire, le 0 correspondant à « non tracé sur la feuille HPP » et le 1 à « tracé sur la feuille HPP ». Pour les actes nécessitant une réponse plus précise (par exemple le degré de lésions périnéales), un code de 0 à 5 a été attribué aux différents items afin de permettre leur distinction.

Ce tableur a été testé sur 9 dossiers de la polyclinique de Keraudren afin de repérer d'éventuelles difficultés lors de la saisie des données et de procéder à certains ajustements si le besoin était éprouvé.

3.2. Analyse statistique

Le traitement des données a été effectué à l'aide du logiciel Microsoft Excel. Les variables qualitatives ont été décrites par des effectifs puis des pourcentages afin de mettre en évidence la fréquence des actes tracés. Les variables quantitatives ont été présentées par des moyennes et des écarts-types avec le détail des valeurs extrêmes.

Pour évaluer la conformité, nous avons procédé à une analyse par critères composites, des items indispensables devant impérativement figurer sur la feuille de surveillance, en associant la RU et/ou la DA-RU, le massage utérin, la mise en place d'une perfusion d'ocytociques d'entretien ainsi que la réalisation d'un examen sous valves chez les femmes ayant reçu de la Sulprostone.

Nous avons estimé que la prise en charge était conforme si toutes les mesures préconisées avaient été renseignées. Elle était considérée imparfaite si un item manquait et non conforme si deux ou plus n'avaient pas été inscrits.

III. RÉSULTATS

1. Population

Sur les 4183 accouchements survenus pendant les six mois d'évaluation, 270 HPP ont été identifiées. 6 dossiers d'HPP ont été écartés de l'étude car ils répondaient à des critères d'exclusion. Finalement, 264 cas d'HPP (142 après un accouchement par les voies naturelles et 122 après une césarienne) ont donc été conservés pour l'analyse statistique. La procédure de recensement des patientes est illustrée par la **figure 1**.

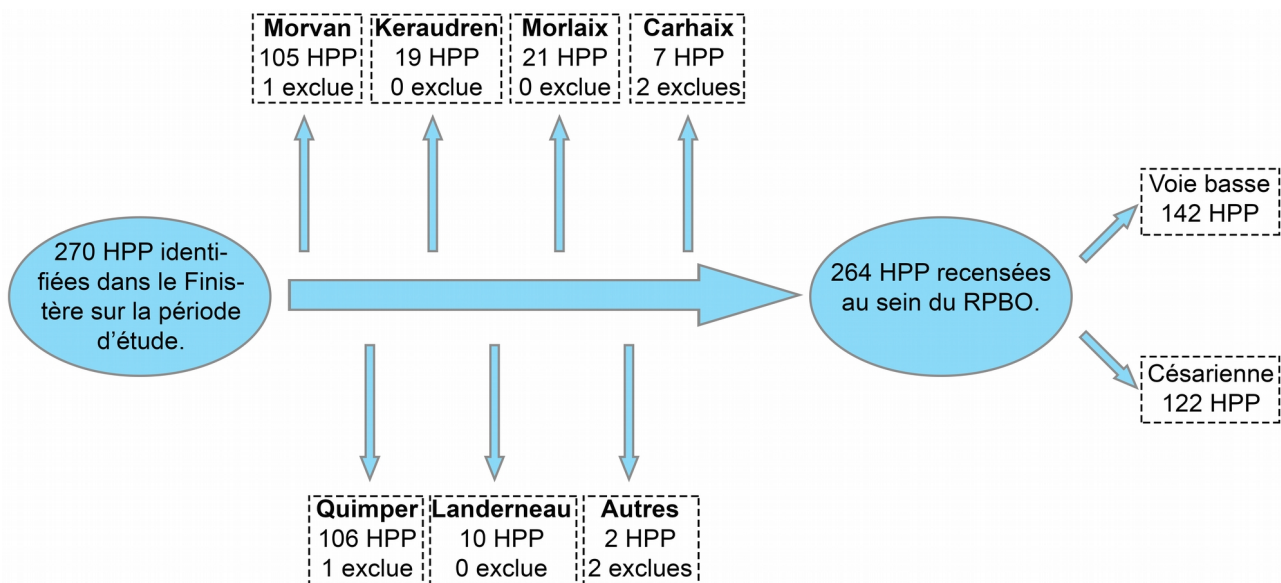


Figure 1 : Suivi des patientes de l'étude

2. Statistiques générales

2.1. Taux d'hémorragies

Au sein du réseau de périnatalité, 6,31 % des accouchements se sont compliqués d'une HPP lors de la période d'étude. La proportion des HPP sévères représentait 1,51 % de l'ensemble des accouchements. La répartition des HPP en fonction de leur sévérité a révélé 20 % d'HPP égales à 500 ml, une majorité d'HPP modérées (entre 501 et 999 ml) avec un taux de 53 % ainsi que 24 % d'HPP sévères sur totalité des HPP. 3 % d'entre-elles ne pouvaient être comptabilisées car la donnée des pertes sanguines totales était manquante.

L'incidence totale (voies basses et césariennes confondues) des HPP dans les différentes maternités se situait entre 2 % à 10 %. Les variations par établissement ainsi que les taux d'HPP en

fonction de la voie d'accouchement sont détaillés par le **Tableau I**.

Tableau I : Taux d'HPP par établissement

TAUX D'HPP PAR ETABLISSEMENT						
	MORVAN (N=1070)	KERAUDREN (N=1134)	QUIMPER (N=1277)	MORLAIX (N=295)	LANDERNEAU (N=281)	CARHAIX (N=126)
Voie basse (Vb)	6%	1%	6%	3%	3%	3%
Césarienne (C)	24%	4%	22%	20%	6%	7%
Vb + C	10%	2%	8%	7%	4%	4%

N = nombre total d'accouchements

2.2. Feuille de surveillance spécifique

Sur la totalité des 264 patientes, la feuille de surveillance a été retrouvée dans 94 dossiers, ceci représentant 36 %.

En fonction de la voie d'accouchement :

- 86 dossiers sur 142 HPP après un accouchement par voie basse (AVB) présentaient une fiche de surveillance, ce qui donne 61 % d'utilisation.
- 8 dossiers sur 122 HPP après une césarienne présentaient une fiche de surveillance, ce qui représente 7 % d'utilisation.

La réalisation de la feuille de surveillance selon le site d'accouchement est décrit dans la **figure 2**.

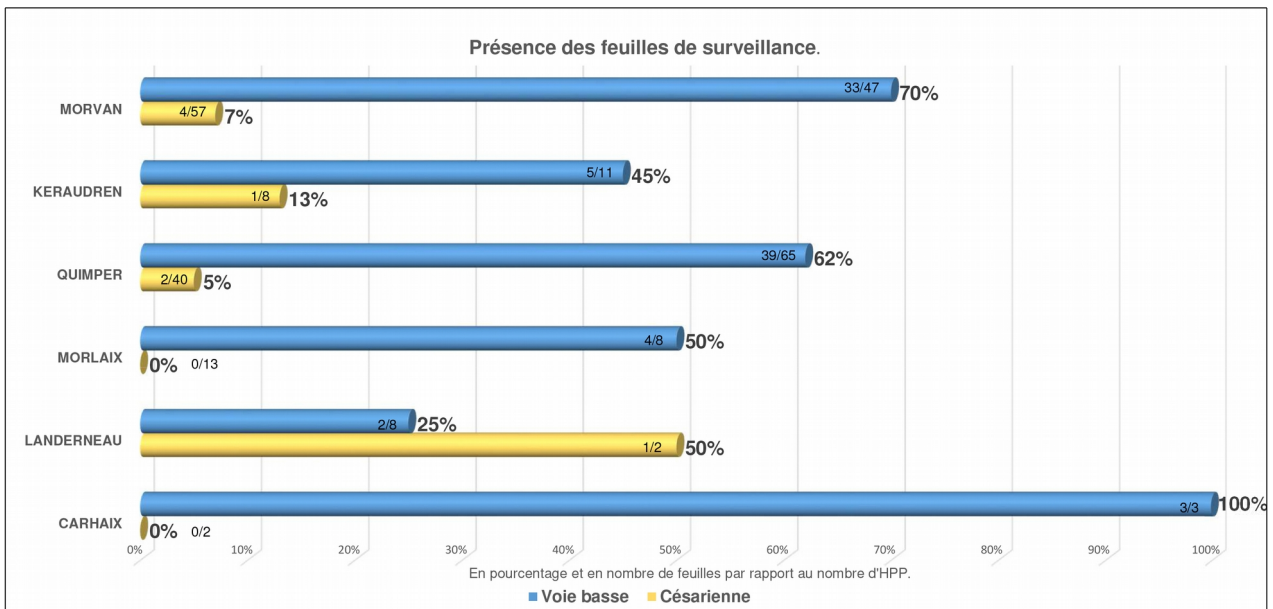


Figure 2 : Réalisation de la feuille HPP en fonction des maternités et de la voie d'accouchement

2.3. Prévention

Parmi les 264 patientes ayant présenté une HPP, 80 % (212/264) ont bénéficié d'une délivrance active par l'administration préventive de 5 ou 10 UI d'ocytocine, au dégageant de l'épaule antérieure ou rapidement après la naissance et 3 % (9/264) des femmes se sont délivrées de manière naturelle. Les modalités de la délivrance n'étaient pas mentionnées dans 43 dossiers obstétricaux sur 264, soit dans 16 % des cas.

Conformément aux nouvelles recommandations du CNGOF, 83 % (176/212) des délivrances actives ont été faites par l'administration en IVL d'une perfusion de sérum glucosé à 5 % qui contenait 5 ou 10 UI Syntocinon® et 17 % (36/212) ont été faites selon les anciennes pratiques par l'injection de 5 UI en intraveineuse directe (IVD) sur quelques secondes.

La gestion de la prise en charge de la délivrance par établissement est exposée sur la **figure 3**.

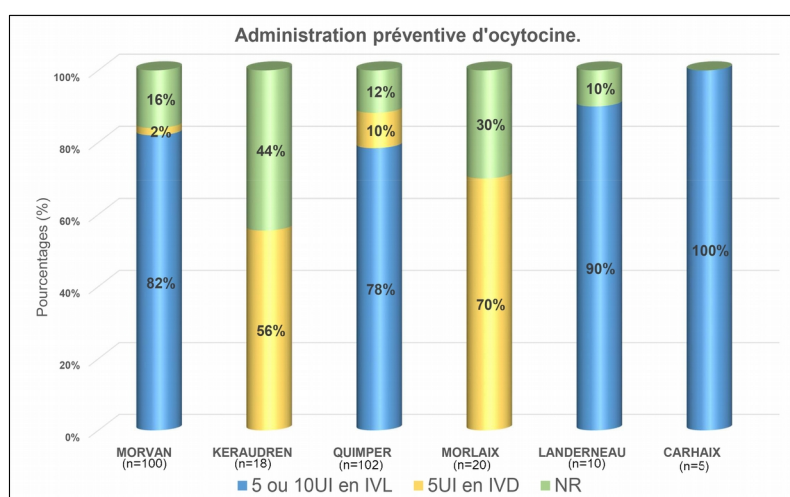


Figure 3 : Méthodes de gestion de la délivrance

Par ailleurs, les résultats n'ont pas mis en évidence de différence de volume moyen des saignements totaux entre les femmes traitées par bolus ou IVL (810 ml versus 815 ml).

3. Traçabilité de la prise en charge initiale en cas d'HPP après un accouchement par voie basse

3.1. Surveillance clinique et actes obstétricaux

La **figure 4** présente la proportion des actes cliniques et obstétricaux renseignés. Nous relevons trois items pour lesquels la traçabilité est supérieure à 80 % (l'évaluation du tonus utérin,

le sondage vésical et la réalisation de gestes-utérins). Le massage utérin était renseigné dans 73 % des cas. La présence du sac de recueil gradué n'était pas renseignée sur la moitié des feuilles.

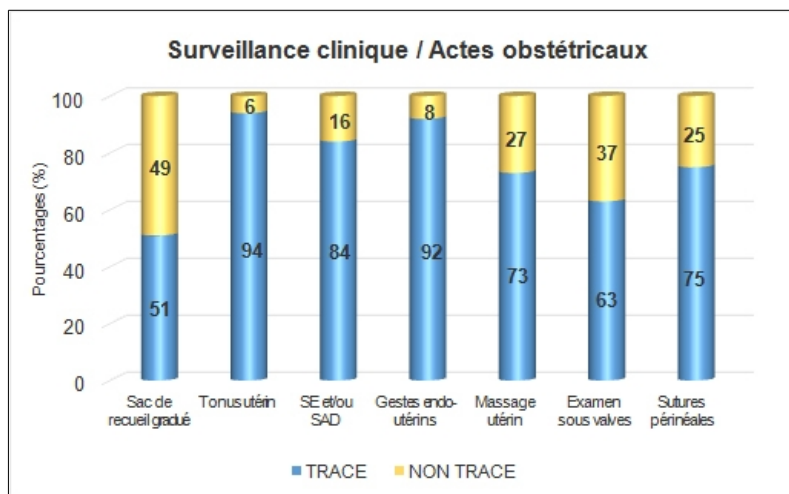


Figure 4 : Traçabilité de la surveillance clinique et des actes obstétricaux

3.2. Actes anesthésiques

La traçabilité de la prise en charge des actes anesthésiques est représentée dans la **figure 5**. Le recueil montre que seulement deux des six données sont régulièrement renseignées. Il s'agit du relevé des constantes et de la perfusion d'ocytocine.

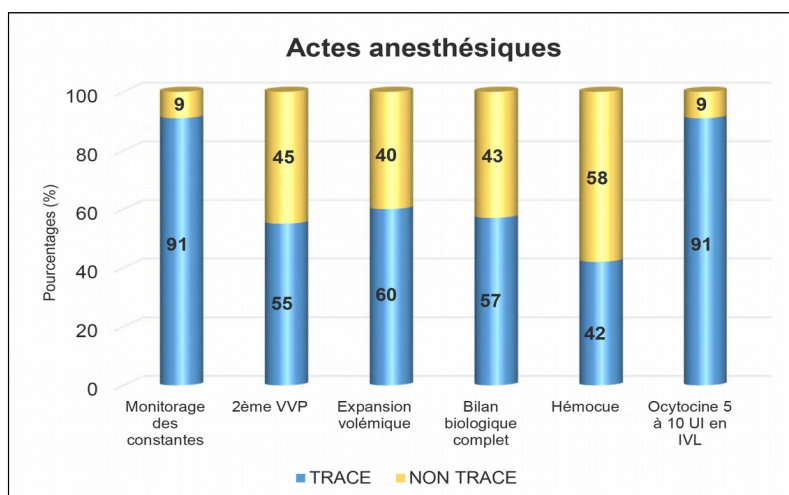


Figure 5 : Traçabilité des actes anesthésiques

3.3. Prise en charge par établissement

Les données informées sur les feuilles nous ont permis d'appréhender la traçabilité de la prise en charge initiale par établissement que nous détaillons dans le **tableau II**. Concernant le massage utérin nous constatons une hétérogénéité de la traçabilité allant de 50 % à 100 %. Le taux relatif à la retranscription des gestes endo-utérins est compris entre 75 % et 100 %. Pour quatre

actes anesthésiques la traçabilité est souvent inférieure à 60 %. Il s'agit de la 2^{ème} voie veineuse, de l'expansion volémique, du bilan biologique complet et de l'HémoCue®.

Tableau II : Prise en charge initiale au sein des maternités du RPBO

	MORVAN (n=33)	KERAUDREN (n=5)	QUIMPER (n=39)	MORLAIX (n=4)	LANDERNEAU (n=2)	CARHAIX (n=3)
SURVEILLANCE CLINIQUE						
Présence sac de recueil gradué	55%	80%	44%	50%	50%	67%
Evaluation du tonus utérin	94%	100%	92%	100%	100%	100%
ACTES OBSTETRICAUX						
SE et/ou SAD	94%	100%	69%	100%	100%	100%
Gestes endo-utérins	97%	100%	87%	75%	100%	100%
Massage utérin	76%	100%	72%	50%	50%	67%
Examen sous valves	76%	40%	54%	75%	50%	67%
Sutures périnéales	80%	100%	72%	75%	50%	50%
ACTES ANESTHESIQUES						
Monitoring des constantes	100%	100%	92%	100%	50%	100%
2ème VVP	58%	60%	56%	25%	0%	67%
Expansion volémique	36%	80%	74%	75%	25%	100%
Bilan biologique complet	58%	60%	64%	25%	0%	33%
Hémocue	30%	80%	46%	25%	50%	67%
Ocytocine 5 à 10 UI en IVL	91%	100%	87%	100%	100%	100%

4. Traçabilité de la prise en charge initiale en cas d'HPP en cours de césarienne : surveillance clinique et actes anesthésiques

Nous avons étudié les mêmes items (que pour une HPP après un AVB) pour l'analyse des actes anesthésiques lors d'une HPP en cours de césarienne. La **figure 6** expose les résultats.

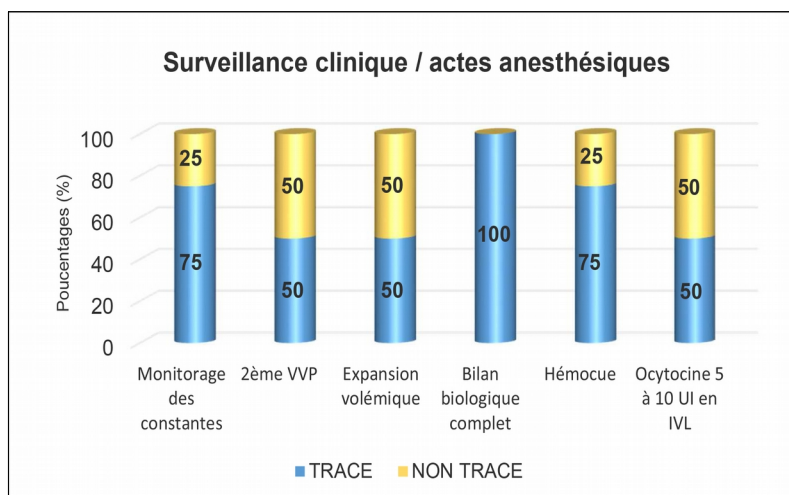


Figure 6 : Traçabilité de la surveillance clinique et des actes anesthésiques

5. Prise en charge des hémorragies persistantes ou sévères

5.1. Délais d'initiation de la sulprostone

Trente-trois femmes de notre cohorte sur 94 dont la feuille d'HPP était réalisée ont reçu de la sulprostone (Nalador®). Le traitement était introduit en majorité (39 %) lorsque les pertes sanguines se situaient entre 900 et 1600 ml.

Les heures de la prise en charge étaient systématiquement renseignées sur les feuilles HPP. Nous avons exclu 5 feuilles qui n'indiquaient pas les pertes sanguines ainsi que 1 feuille où l'heure de naissance n'était pas précisée afin de calculer les délais retranscrits dans le **tableau III**.

Tableau III : Délais d'initiation de la sulprostone en fonction des pertes sanguines

Pertes sanguines	Nombre total de fiches avec Nalador	Fiches exclues	Fiches retenues	Moyenne	Ecart-type	Minimum	Maximum
< 1000 ml	17	0	17	26 min	25 min	0 min	95 min
≥ 1000 ml	11	1	10	29 min	26 min	0 min	89 min

La sulprostone était en moyenne démarrée 26 minutes après le début de l'HPP, soit de manière légèrement anticipée par rapport aux 30 minutes préconisées par le CNGOF. Aucune limite minimale de temps pour la mise en route de la sulprostone en cas d'HPP sévère n'existe à ce jour [21], dans notre étude nous avons calculé un délai moyen de 29 minutes.

5.2. Commande de sang et transfusion

15 demandes de mise en réserve étaient renseignées (dont 2 qui n'ont pas donné lieu à une transfusion) sur l'ensemble des feuilles HPP. Pour 3 transfusions la commande de sang n'étaient pas notifiées. Au total, 16 patientes ont été transfusées (14 au cours du post-partum immédiat et 2 dans le service de maternité).

5.3. Tamponnement intra-utérin / Embolisation / Chirurgie d'hémostase

Dans cette étude, 5 femmes ont bénéficié d'un tamponnement intra-utérin (TIU). 4 hémorragies ont été contrôlées par embolisation utérine. Aucune chirurgie d'hémostase n'a été pratiquée.

6. Traçabilité des horaires / délais et pertes sanguines

6.1. Heures renseignées

L'évaluation de la traçabilité des horaires à différentes étapes de la prise en charge a permis de mettre en évidence une prédominance d'heures renseignées sur l'ensemble des feuilles de surveillance (**Tableau IV**).

Tableau IV : Traçabilité horaire de la prise en charge

	RENSEIGNEE n (%)	NON RENSEIGNEE n (%)
Heure du diagnostic	92 (98)	2 (2)
Heure d'appel de l'équipe	87 (93)	7 (7)
Heure du 1er bilan complet	57 (100)	0 (0)
Heure commande de sang	13 (87)	2 (13)
Heure décision tamponnement	5 (100)	0 (0)
Heure décision embolisation	4 (100)	0 (0)

6.2. Délais de la prise en charge

Le suivi des horaires a permis le calcul des délais moyens pour chacune des étapes, en fonction de l'heure de début des HPP (**Tableau V**). Lorsque l'une ou l'autre des données étaient non renseignées, le dossier était exclu de cette analyse. Pour le bilan biologique, nous avons en plus retiré les dossiers qui n'en comportaient pas.

Tableau V : Délais entre le début de l'HPP et les principales étapes de la prise en charge

Délais	Total des feuilles HPP	Feuilles exclues	Feuilles retenues	Moyenne	Ecart-type	Minimum	Maximum
Heure de naissance → Diagnostic HPP	94	2	92	53 min	104 min	0 min	709 min
Début HPP → Appel de l'équipe		7	87	2 min	7 min	0 min	65 min
Début HPP → 1er bilan biologique complet		38	56	24 min	27 min	0 min	137 min
Début HPP → Commande de sang	15	3	12	67 min	130 min	0 min	485 min
Début HPP → Décision de TIU	5	0	5	77 min	31 min	40 min	128 min
Début HPP → Décision d'embolisation	4	0	4	54 min	19 min	40 min	85 min

6.3. Traçabilité des pertes sanguines

Le **tableau VI** illustre la traçabilité et une estimation moyenne des pertes sanguines à divers moments de la prise en charge.

Tableau VI : Quantification des pertes sanguines au cours de la prise en charge

	RENSEIGNEE n(%)	NON RENSEIGNEE n(%)	MOYENNE (ml)	ECART-TYPE (ml)
Pertes sanguines à l'appel de l'équipe	83 (88)	11 (12)	585	238
Pertes sanguines au bilan biologique	46 (81)	11 (19)	899	323
Pertes sanguines à la commande de sang	10 (67)	5 (33)	950	277
Pertes sanguines à la décision de TIU	5 (100)	0 (0)	1052	343
Pertes sanguines à la décision d'embolisation	4 (100)	0 (0)	1212	488

7. Analyse par critères composites : DA-RU / Massage utérin / Examen sous valves (groupe Nalador) / Ocytocine 5 – 10 UI (IVL)

D'après la seule lecture des feuilles de traçabilité d'HPP, la prise en charge s'est avérée conforme dans 55 % des cas (47/86), était imparfaite pour 37 % (32/86) et jugée non conforme pour 8 % (7/86). Au sein des prises en charge imparfaites, nous avons retrouvé que le massage utérin n'était pas précisé dans 53 % des cas, la perfusion d'ocytocine d'entretien et l'examen sous valves (pour le groupe de femmes ayant reçu de la sulprostone) dans 18 % et l'item RU/DA-RU manquait dans 9 % des fiches.

La conformité des pratiques dans les diverses maternités est illustrée par la **figure 7**.

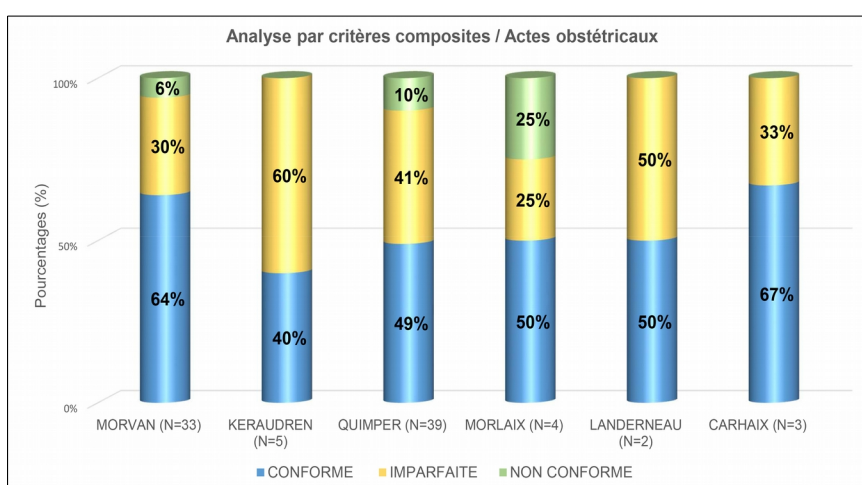


Figure 7 : Analyse par critères composites des actes obstétricaux par établissement

IV. DISCUSSION

1. Taux d'HPP

Nous présentons dans ce mémoire, une cohorte rétrospective de 264 dossiers d'HPP ayant eu lieu au sein des établissements du RPBO entre le 1^{er} mai au le 31 octobre 2016. L'incidence globale de l'HPP relevée sur ces six mois était de 6,31 %. Nous constatons une augmentation par rapport au taux de 5,04 % au sein du RPBO pour l'année 2015. Les nouvelles recommandations du CNGOF ont réduit le seuil des pertes sanguines d'une HPP en césarienne de 1000 ml à 500 ml [5]. Bien que la plupart des travaux expriment leurs résultats sur la base de cet ancien seuil, nous pouvons nous demander si cette hausse du taux d'HPP est seulement liée aux HPP nouvellement incluses par la redéfinition du seuil.

Les chiffres par établissement de cette étude semblent être conformes aux données de la littérature avec une variation des taux entre 2 % et 10 % [1,3]. L'hôpital Morvan représente la plus grande part des HPP. Ceci se justifie par le fait qu'il s'agit de l'unique maternité de niveau III du réseau suscitant un nombre plus important de grossesses pathologiques et par le fait qu'elle est la seule structure à disposer d'un plateau technique d'embolisation en astreinte permanente. En revanche, la polyclinique de Keraudren dispose d'un taux très bas au vu du nombre d'accouchements annuels. Ces chiffres peuvent témoigner de la gestion optimale des hémorragies dans cette structure ou au contraire être révélateur d'une sous-estimation du recensement des HPP. En effet, l'incidence des HPP est conditionnée par l'évaluation minutieuse des pertes sanguines après un accouchement ainsi que par la méthode utilisée pour les quantifier [1]. Plusieurs études ont d'ailleurs mis en évidence une surestimation des faibles volumes et une sous-estimation de 30 à 50 % des volumes importants, ceci même par des cliniciens expérimentés [1,8]. Nous pouvons donc réfléchir à la fiabilité de l'estimation visuelle des pertes sanguines qui est déjà très largement remise en cause. Malgré les méthodes de mesures objectives qui ont été proposées telles que le sac collecteur ou la pesée des compresses pour assurer une meilleure évaluation du volume [9], leur mise en application au sein des diverses maternités françaises semble hétérogène. Dans notre réseau de périnatalité, bien que l'utilisation du sac de recueil soit systématique en cas d'accouchement par voie basse, nous comprenons la difficulté à évaluer précisément le volume total

des pertes sanguines, notamment en césarienne du fait du mélange sang-liquide amniotique dans le sac de recueil d'aspiration. De plus, une étude menée au CHU de Rouen entre 1997 et 1999 [10] a montré qu'il existe une part importante d'hémorragies non diagnostiquées (15 %), suspectées par une différence d'hématocrite de 10 points ou plus entre le bilan avant/après accouchement. Cela nous amène à parler du biais principal de notre étude qui est un biais de sélection. En effet, nous avons remarqué lors de notre recueil de données, une discordance entre les HPP recensées par le DIM de l'hôpital Morvan et les HPP avérées par le registre des naissances. Cette différence s'explique en partie par le fait qu'il n'existe aucun code pour assurer la cotation des HPP liées à une hystérotomie hémorragique ou à des lésions périnéales et/ou cervicales. Nous imaginons donc qu'une extrapolation est possible et que plusieurs cas d'hémorragies ont été écartés de l'étude, par défaut ou par erreur d'évaluation des pertes dans chacune des maternités.

2. Remplissage des feuilles

L'existence d'une feuille de surveillance spécifique dans l'ensemble des maternités démontre la volonté de se conformer aux recommandations actuelles. Néanmoins, l'élément essentiel à souligner dans notre travail est le résultat particulièrement bas quant à l'utilisation des feuilles HPP dans les établissements. Nous avons mis en avant qu'elles étaient présentes dans 36 % des dossiers d'HPP (toutes voies d'accouchements confondues) et avaient été informées dans 7 % des dossiers de césarienne. Ce résultat très largement insuffisant nous a amené à réfléchir aux raisons pouvant l'expliquer. Premièrement, l'organisation hétérogène entre les services des différentes structures nous fait penser que ce chiffre pourrait être en lien avec un défaut d'accès aux feuilles de surveillance car généralement elles se trouvent dans le bureau des salles d'accouchements c'est à dire à distance du personnel qui prend en charge l'HPP, et ce d'autant plus en cas de césarienne. Une évaluation menée par la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR) à la suite d'un audit personnalisé au sein de la maternité de Nancy a prouvé que la mise en place d'un chariot dédié aux HPP comprenant tout le matériel, les médications et les documents nécessaires à la prise en charge améliorerait le remplissage de la feuille de relevé chronologique (80 % contre 52 % auparavant) [11]. Il semble donc exister un lien entre la proximité et l'utilisation des feuilles. Secondairement, nous nous sommes demandé si l'inexpérience ou la méconnaissance du protocole

de gestion de l'HPP pouvait expliquer la faible utilisation des feuilles HPP. Une seconde étude de la SFAR mettait en évidence que 45 % des médecins anesthésistes et réanimateurs ne connaissaient pas la définition précise d'une HPP [12] alors qu'ils occupent une place fondamentale dans la prise en charge. Bien que ces résultats ne puissent être généralisés, ils permettent d'évoquer l'effet bénéfique des séances de simulation entre sages-femmes, gynécologues et anesthésistes qui améliorent de manière significative les connaissances et les performances des équipes [11,13].

3. Prévention par ocytociques

Les résultats concernant l'administration préventive d'ocytocine sont encourageants dans la mesure où elle est effectuée presque systématiquement. Néanmoins le taux de 80 % de notre étude est inférieur à celui de la moyenne nationale (85%) et régionale (82%) rapporté par l'étude des indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (IPAQSS) de 2015 [14]. La mention de la délivrance active était absente dans 16 % des dossiers alors qu'au niveau national seulement 11 % ne donnent aucune information sur la prophylaxie. De plus, nous avons retrouvé 17 % de délivrances dirigées par bolus alors qu'il est actuellement recommandé d'administrer l'ocytocine par IVL. Ces chiffres nous font supposer qu'il existe une marge d'amélioration certaine et qu'un travail au sein du RPBO serait peut-être nécessaire afin d'homogénéiser cette pratique.

Nous avons constaté dans notre étude que les modalités de l'injection (bolus ou perfusion) n'avaient pas d'influence notable sur le volume moyen des pertes sanguines totales contrairement à l'essai randomisé contrôlé réalisé par Davies et al [15] qui trouvait une réduction significative des saignements chez les femmes ayant eu un bolus. Nous pouvons donc nous demander s'il existe réellement un lien entre la modalité de l'injection et les saignements totaux.

4. Prise en charge initiale

Il apparaît clairement sur la **figure 4** relative aux actes obstétricaux en cas d'HPP après un AVB que la présence du sac de recueil n'est pas souvent retranscrite. Néanmoins, les poches de recueil sont intégrées aux sets d'accouchements de toutes les maternités du RPBO. Il est probable que cet item est peu renseigné pour la simple raison qu'il est présent lors de la majorité voire la totalité des accouchements. Alors cette mention est-elle indispensable à la feuille de surveillance ?

Nous affirmons que la traçabilité des gestes endo-utérins est satisfaisante puisque son taux de 92 % est supérieur à celui de la moyenne nationale égale à 91 % [14], cependant des efforts quant au remplissage des items : massage utérin et sutures périnéales sont à faire pour améliorer la traçabilité de ces actes qui est inférieure ou égale 75 %.

La **figure 5** expose le manque de traçabilité des actes anesthésiques. En effet la deuxième voie veineuse, l'expansion volémique ainsi que le bilan biologique sont approximativement renseignés 3 fois sur 5, ce qui est insuffisant. D'autant plus que le bilan biologique apparaît dans les recommandations comme un élément indispensable de la prise en charge anesthésique qui permet d'apprécier la sévérité de l'hémorragie en révélant l'apparition d'une anémie ou de troubles de l'hémostase. L'enquête SPHERE qui évaluait l'impact d'un protocole de prise en charge d'une HPP dans le réseau de Basse-Normandie entre 2002 et 2005 trouvait que le bilan biologique était tracé dans 65 % (contre 57 % dans notre étude) malgré la mise en place du protocole [16]. La traçabilité du premier bilan biologique semblait déjà faire défaut il y a 15 ans. Dans ce contexte, il serait souhaitable de préciser à l'ensemble des professionnels impliqués dans la gestion d'une HPP, l'importance du remplissage de cet item sur la feuille HPP afin de motiver d'éventuels changements de comportement.

Dans l'attente de la validation des résultats du bilan biologique, l'utilisation des appareils de mesure de l'hémoglobine capillaire (HémoCue®) est impérative [17] ; or nos résultats montrent que 36 femmes sur 86 ont été prélevées. Ceci nous amène à reparler du chariot spécialement dédié aux HPP évoqué précédemment, qui semble être un moyen efficace pour améliorer la traçabilité de l'HémoCue® l'ayant fait passer de 60 % à 96 %.

Le détail de la traçabilité de la prise en charge initiale (**Tableau II**) par établissement met en évidence une forte hétérogénéité au sein du RPBO concernant les actes obstétricaux et anesthésiques. La recommandation 3.6 élaborée par la SFAR et divers groupements de professionnels stipule « qu'il est recommandé que le dossier d'anesthésie-réanimation comporte la consultation pré-anesthésique et l'ensemble des données et événements liés au patient, à l'intervention et à l'analgésie et anesthésie réanimation » [18]. Nos résultats s'expliquent-ils par le fait que le dossier d'anesthésie est privilégié à la feuille HPP pour le renseignement de ces données ?

La **figure 6** montre que la plupart des actes en césarienne sont tracés dans la moitié des cas. Cependant, les données recueillies sont peu représentatives étant donné la faible taille de notre échantillon. Effectivement, la feuille HPP n'a été retrouvée que dans 8 dossiers de césarienne sur 122 (7%). Ces résultats nous font avancer l'hypothèse que la feuille HPP créée par le RBPO n'est pas adaptée à la prise en charge des HPP en césarienne. De plus, la préexistence d'une feuille de suivi per-opératoire pour le versant anesthésique nous fait concevoir la difficulté de remplir deux documents différents au même moment. Dans cette situation, il est imaginable que le remplissage de la feuille HPP soit par défaut dédié à la sage-femme bien qu'elle ne soit pas présente à toutes les césariennes et que cela influence son taux de réalisation.

Pour tenter d'expliquer ce défaut d'utilisation nous nous sommes intéressés à la structure de la feuille de surveillance actuelle qui comporte tous les éléments de la prise en charge d'une HPP. Cependant au travers de notre étude nous avons mis en évidence que plusieurs d'entre-eux y étaient peu tracés. Nous nous sommes alors demandé si le détail de tous ces items n'altérerait pas sa lisibilité et s'il ne constituait pas un frein à son remplissage. Cette analyse nous a donc conduit à proposer une version simplifiée de la feuille HPP (**Annexe IV**) en retirant les items peu remplis et en classant les plus pertinents par spécialité afin de la rendre plus lisible.

5. Prise en charge d'une hémorragie persistante ou sévère d'emblée

Depuis 2004, la thérapeutique recommandée en France pour la gestion des HPP sévères ou persistantes après le premier niveau de prise en charge est l'administration de sulprostone [19]. En cas d'atonie utérine, ce traitement a montré une efficacité de 89% [20]. D'après une étude française réalisée en 1995, son introduction au-delà de 30 minutes après le diagnostic augmenterait de manière significative le taux d'échec de prise en charge [21]. Le CNGOF recommande donc une introduction de la sulprostone dans les 30 minutes suivant le début de l'HPP. Nous n'avons pas trouvé de retard à la mise en place du traitement dans notre étude car il était en moyenne démarré 26 minutes après le diagnostic. Nous pouvons en conclure que les maternités du RBPO initient ce produit dans un délai permettant une efficacité optimale.

Le TIU par ballon est un traitement de troisième ligne des HPP qui agit en comprimant le lit placentaire, en réduisant le flux vasculaire utérin et provoquant des contractions utérines réactionnelles. Cette technique a fait l'objet de 13 publications qui rapportaient un taux d'efficacité entre 60 % et 100 %. En France, cette méthode tend à se généraliser. Les données de la littérature ont montré : « qu'il apparaît légitime de proposer le tamponnement intra-utérin par ballon en première intention comme alternative à la chirurgie et à la radiologie interventionnelle en cas d'échec de la sulprostone » [21]. Dans notre étude, 4 femmes ont bénéficié d'un TIU, on peut imaginer que dans les années à venir nous constaterons une hausse des TIU en lien avec une acquisition d'expérience et une standardisation de la pratique, parallèlement à une baisse des embolisations.

6. Traçabilité des horaires et délais lors de la prise en charge

La composante horaire apparaît dans les recommandations de 2004 comme un élément primordial de la prise en charge d'une HPP, duquel va dépendre les étapes ultérieures et le pronostic. En ce qui concerne la traçabilité de l'heure du diagnostic, notre pourcentage de 98 % est très satisfaisant car il dépasse très largement la moyenne nationale (88%) de l'étude IPAQSS [14]. Dans notre étude, la pose du diagnostic d'HPP s'effectuait en moyenne dans l'heure suivant l'accouchement (**Tableau V**). Cela nous permet de souligner l'importance de la surveillance minimale au cours du post-partum immédiat qui consiste en la prise régulière des constantes et l'évaluation de la qualité du globe utérin et des pertes sanguines.

En cas d'HPP, l'équipe obstétrico-anesthésique doit être alertée de la situation le plus rapidement possible afin de permettre une prise en charge précoce. L'étude de cohorte française restituée par Driessen décrivait l'appel tardif de l'équipe (> 10 minutes après le début de l'HPP) comme un facteur de risque d'HPP sévère [22]. Bien que l'amélioration du délai d'appel de la cohorte n'ait pas permis de réduire l'incidence des HPP sévères, nous pouvons dire que les 2 minutes de délai de notre étude sont optimales à la prise en charge précoce des patientes.

7. Extrapolation de la conformité des pratiques

L'analyse par critères composites n'a pas montré de flagrante différence de prise en charge entre les divers établissements ; les recommandations sont donc de manière globale bien suivies. Il convient de dire que nos conclusions sont peu superposables à celle des enquêtes de pratique professionnelle car nos résultats dépendent du remplissage de la feuille HPP. Cela nous amène à discuter de la principale limite de notre étude qui provient du fait que l'analyse a été faite à partir des données retranscrites sur la feuille HPP, mais il est imaginable que plusieurs actes ont été faits mais renseignés uniquement dans le dossier obstétrical. De ce fait, nous pouvons donc difficilement apprécier l'entière des actes réalisés ainsi que leur réelle conformité.

V. CONCLUSION

Les maternités du RBPO sont engagées dans une démarche d'amélioration de leur pratique par l'élaboration d'un protocole de prise en charge des HPP et la mise en place d'une feuille de surveillance spécifique pour assurer leur traçabilité.

Nos résultats quant au remplissage des feuilles HPP sont loin d'être satisfaisants. A travers ce travail nous pensons qu'une meilleure accessibilité de la feuille serait susceptible d'optimiser son utilisation. Les pertes de données relatives aux actes anesthésiques ainsi que le faible taux de remplissage en césarienne nous font penser que la feuille actuelle nécessite des améliorations tant sur son contenu que sur son aspect logique et visuel. Nous avons donc réfléchi aux items les plus pertinents de la prise en charge de manière à élaborer une version claire (selon l'ordre logique de la prise en charge) et allégée de la feuille. Globalement, les recommandations du CNGOF sont mises en application dans les six maternités du Finistère, la plupart des femmes bénéficie d'une délivrance par APO pour prévenir le risque hémorragique, les délais de prise en charge sont respectés mais la traçabilité de plusieurs actes peut être améliorée.

Les évaluations des pratiques professionnelles doivent être poursuivies afin de sensibiliser le personnel soignant à l'importance de la traçabilité tant sur le plan pratique que médico-légal. La formation continue sous forme de séances de simulation devrait être privilégiée pour rappeler constamment les bonnes pratiques et permettre une prise en charge optimale des patientes.

La prise en charge de l'HPP nécessite une forte collaboration entre les individus et cela quel que soit leur niveau de spécialisation. Nous pouvons imaginer que dans un futur proche, la prise en charge des hémorragies se fera sur le principe du « Leadership » , c'est à dire sous la direction de l'un des membres du personnel qui coordonnera la prise en charge en verbalisant à voix haute les actes à réaliser. Ceci offrirait l'opportunité de désigner une personne pour la rédaction de la feuille de surveillance souvent manquante de nos jours.

VI. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Deneux-Tharoux C, Bonnet M-P, Tort J. [Epidemiology of post-partum haemorrhage.]. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 6 nov 2014 ; 43(10):936-50.
- [2] Royal College of Obstetricians et Gynaecologists. Prevention and management of post-partum haemorrhage.
- [3] Dupont C, Rudigoz R.C, Cortet M, Touzet S, Colin C, Rabilloud M, et al. [Frequency, causes and risk factors of postpartum haemorrhage: a population-based study in 106 French maternity units]. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2014;43(3):244-53.
- [4] CNEMM. Les morts maternelles en France. Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles 2007-2009. INSERM; 2013.
- [5] CNGOF. Hémorragie du post-partum (texte court). Recommandations pour la pratique clinique 2014. [En ligne]. www.cngof.asso.fr/data/RCP/CNGOF_2014_HPP.pdf . Consulté le 24/02/16
- [6] CASSF/CNOSF. Référentiel métier/compétences de la sage-femme. Janvier 2010, p.23
- [7] Le réseau de périnatalité de Bretagne Occidentale. [En ligne]. <http://www.perinat29.fr/index.php?page=objectifs-et-missions>. Consulté le 22 juin 2016
- [8] Tourné G, Collet F, Lasnier P, et al. Intérêt de l'utilisation d'un sac de recueil dans le diagnostic des hémorragies de la délivrance. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2004 ; 33 : 229-234
- [9] Patel A, Goudar SS, Geller SE, et al. Drape estimation vs visual assessment for estimating postpartum hemorrhage. Int J Gynaecol Obstet 2006;93:220-4
- [10] Descargues G, Pitette P, Gravier A. Les hémorragies non-diagnostiquées du post-partum. *La revue Sage-Femme*. Septembre 2002. Vol 1, n°2, p.108-118.
- [11] Société Française d'Anesthésie et de Réanimation. Professional practice evaluation for post-partum haemorrhage before and after improvement measures in a University maternity. *Anesth Reanim*. 2015;1:461-467
- [12] Bouvet C, Lehouste T, Sentilhes L, Branger B, Granry J.C. Enquête déclarative sur la prise en charge anesthésique des hémorragies du post-partum dans la région Pays de la Loire : Quelle adhésion aux recommandations pour la pratique clinique ? . 2014;33:310-317
- [13] Dolley P, Beucher G, Dreyfus M. [Initial obstetrical management of post-partum hemorrhage following vaginal delivery.]. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2014;43(10):998-1008.
- [14] Haute Autorité de Santé. Indicateurs pour l'amélioration de la qualité et sécurité des soins. Prévention et prise en charge des hémorragies du post-partum immédiat : résultats nationaux de la campagne 2015.

- [15] Davies GA, Tessier JL, Woodman MC, Lipson A, Hahn PM. Maternal hemodynamics after oxytocin bolus compared with infusion in the third stage of labor: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2005;105:294-9.
- [16] Dreyfus M, Lefèvre P, Mayaud A et al. Audit d'une nouvelle stratégie de prise en charge des hémorragies du post-partum : enquête « SPHERE » dans le réseau périnatal de Basse-Normandie. *Profession Sage-Femme* 2009. 157 : 26-34
- [17] Rackelboom T, Marcellin L, Benchetrit D, Mignon A. [Anesthesiologists at the initial stage of postpartum hemorrhage.]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 8 nov 2014;43(10):1009-18.
- [18] Société Française d'Anesthésie et de Réanimation. Recommandations professionnelles : Organisation de l'anesthésie-réanimation obstétricale.
- [19] Goffinet F, Mercier F, Teyssier V, Pierre F, Dreyfus M, Mignon A, et al. [Postpartum haemorrhage: recommendations for clinical practice by the CNGOF (December 2004)]. *Gynecol Obstet Fertil* 2005;33:268—74.
- [20] Goffinet F, Haddad B, Carbonne B, Sebban E, Papiernik E, Cabrol D. [Practical use of sulprostone in the treatment of hemorrhages during delivery]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*. 2014;33:310
- [21] Morel O, Perdrille-Galet E, Mézan de Malartic C, Gauchotte E, Moncollin E, Patte C, Chabot-Lecoanet A.C. Management of severe or persistent postpartum hemorrhage after vaginal delivery. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*. 2014;43:1019-1029.
- [22] Driessen M, Bouvier-Colle M.H. Dupont Corinne, Khoshnood B, Rudigoz C.R, Deneux-Tharaux C et al. Post-partum hemorrhage resulting from uterine atony after vaginal delivery : factors associated with severity. *Obstet Gynecol*. 2011;117:21-31
- [23] Deneux-Tharaux 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*. Sept 2010;117(10):1278-87.
- [24] Rudigoz RC, Dupont C, Deneux-Tharaux , Colin C , Bouvier-Colle MH, Thevenet S, Huissoud C. L'audit clinique : un outil pour réduire les taux d'hémorragies sévères du post-partum. *E-mémoire de l'académie Nationale de chirurgie*. 2012;11(1):013-016
- [25] Dupont C, Ducloy-Bouthors A.S, Huissoud C. Clinical and pharmacological procedures for the prevention of postpartum haemorrhage in the third stage of labor. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* . 2014;43:966-997
- [26] Deneux-Tharaux C, Dreyfus M, Goffinet F, Lansac J, Lemery D, Parant O, Chauveaud A, Bréart G, Bouvier-Colle M.H. Prevention of early management of immediate postpartum haemorrhage : Policies in six perinatal networks in France. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*. 2008;37:237-245

VII. ANNEXES

Annexe I : Feuille de surveillance HPP élaborée par les professionnels du RPBO

PRISE EN CHARGE ET SURVEILLANCE - HÉMORRAGIE DU POST-PARTUM															
Quantité (ml)	Course des pertes sanguines cumulées (évaluation / 10 minutes ou selon débit)														
	H0	H+10'	H+20'	H+30'	H+40'	H+50'	H1	H+70'	H+80'	H+90'	H+100'	H+110'	H2		
> 2000															
1800															
1600															
1400															
1200															
1000															
800															
700															
600															
500															
Surveillance clinique	H0	H+10'	H+20'	H+30'	H+40'	H+50'	H1	H+70'	H+80'	H+90'	H+100'	H+110'	H2		
TA															
Pouls															
Température c°															
SaO2															
Tonus utérin (0/1/2)															
Diurèse relevée (ml)															
Diurèse cumulée (ml)															
Actes & Traitements	H0	H+10'	H+20'	H+30'	H+40'	H+50'	H1	H+70'	H+80'	H+90'	H+100'	H+110'	H2		
2ème voie veineuse															
Sac de recueil															
DA/RU															
Antibiotioprophylaxie															
Sondage vésical															
Examen sous valve															
Massage utérin															
Cristalloïdes															
Oxytocine (UI)															
O2 (Débit) (l) (heure)															
couverture chauffante															
Ephédrine															
Neosylphrine															
Sulprostone (ml/h)															
Tamponnement intra-utérin															
commande de sang															
Organisme receveur															
Chirurgie conservatrice															
hystérectomie intramésarielle															
Arrêt saignement															
Volvuen															
Noradrénaline															
Concentré Globules Rouges															
Acide tranexamique															
Novoseven															
Plasma Frais congelé															
Plasma frais congelé															
Protéines															
Antalgiques															
Surveillance biologique	H0	H+10'	H+20'	H+30'	H+40'	H+50'	H1	H+70'	H+80'	H+90'	H+100'	H+110'	H2		
Hémocue															
Hémoglobine (ob) > 8g															
Hématocrite															
Plaquettes															
Leucocytes															
TP / TCA															
FIBRINOGENE															
DDIMERS/PDF															
Bilan Prétransfuslonnel															
Protides/ Créat															
Iono sang															
Anesthésie générale	H0	H+10'	H+20'	H+30'	H+40'	H+50'	H1	H+70'	H+80'	H+90'	H+100'	H+110'	H2		
Injection péri															
EVA EVA															

ETIQUETTE PATIENTE

Date :
 Heure de naissance :
 Sage-Femme :
 Obstétricien :
 Interne :
 Anesthésiste :
 IADE :

Heure de diagnostic d'HPP
 Heures d'appel

HPP > 500 ml VB et VH : Prise en charge initiale < 30 minutes

Perte > 500 ml
 Appel équipes obstétricale et anesthésique

PEC OBSTÉTRICALE

GYNECO : 4264

Sac de recueil gradué
 DA / RU
 Suture urinaire à demeure
 Sutures périméales
 Massage utérin prolongé

PEC ANESTHÉSICQUE

ANESTHÉSISTE : 4072 ou 4469
 IADE : 4460 ou 4459

Monitoring constantes vitales
 2ème voie veineuse + bilan initial
 Cristalloïdes
 Anesthésie / gestes endo-utérins
 Oxytocine 5 à 10 UI IV (max 40 UI)
 Antibioprophylaxie
 Anesthésie générale et congédiement
 Hémocue (3 pH et ou 4ème gouttes)
 Vérification carte de groupe et validité IAI

COMMUNICATION

< 30 min

HPP persistante ou sévère d'emblée

SULPROSTONE (3 Amp. max, 1 amp sur 1H SE, puis 1 amp sur 5H SE)
 Mise en réserve de CGR (FAM* 3 322)

Arrêt de saignement, surveillance ± 2h à l'appréciation du praticien. Voie veineuse en place 12h
 4 paramètres à surveiller +++ : arrêt saignement, globe utérin 0 ou 1; saignement physiologique; PA normale

Stabilité hémodynamique et **embolisation disponible rapidement**

Hémodynamique instable et/ou **Hémorragie massive** et/ou **Embolisation non disponible**

Chirurgie conservatrice (Ligature artérielle et/ou plicature utérine)

EMBOUSISATION (STANDARD du CHU * 3 001)

Remplissage Cristalloïdes
 Transfusion de Concentré de Globules Rouges
 + Bilan biologique
 + Acide tranexamique
 + Plasma Frais Congelé
 + Fibrinogène
 + plaquettes
 + Cathéteur artériel
 + Voie veineuse centrale
 + Noradrénaline

Chirurgie conservatrice → **Echec** → **Hystérectomie interannexielle**

Hémodynamique instable → **Echec** → **Hystérectomie interannexielle**

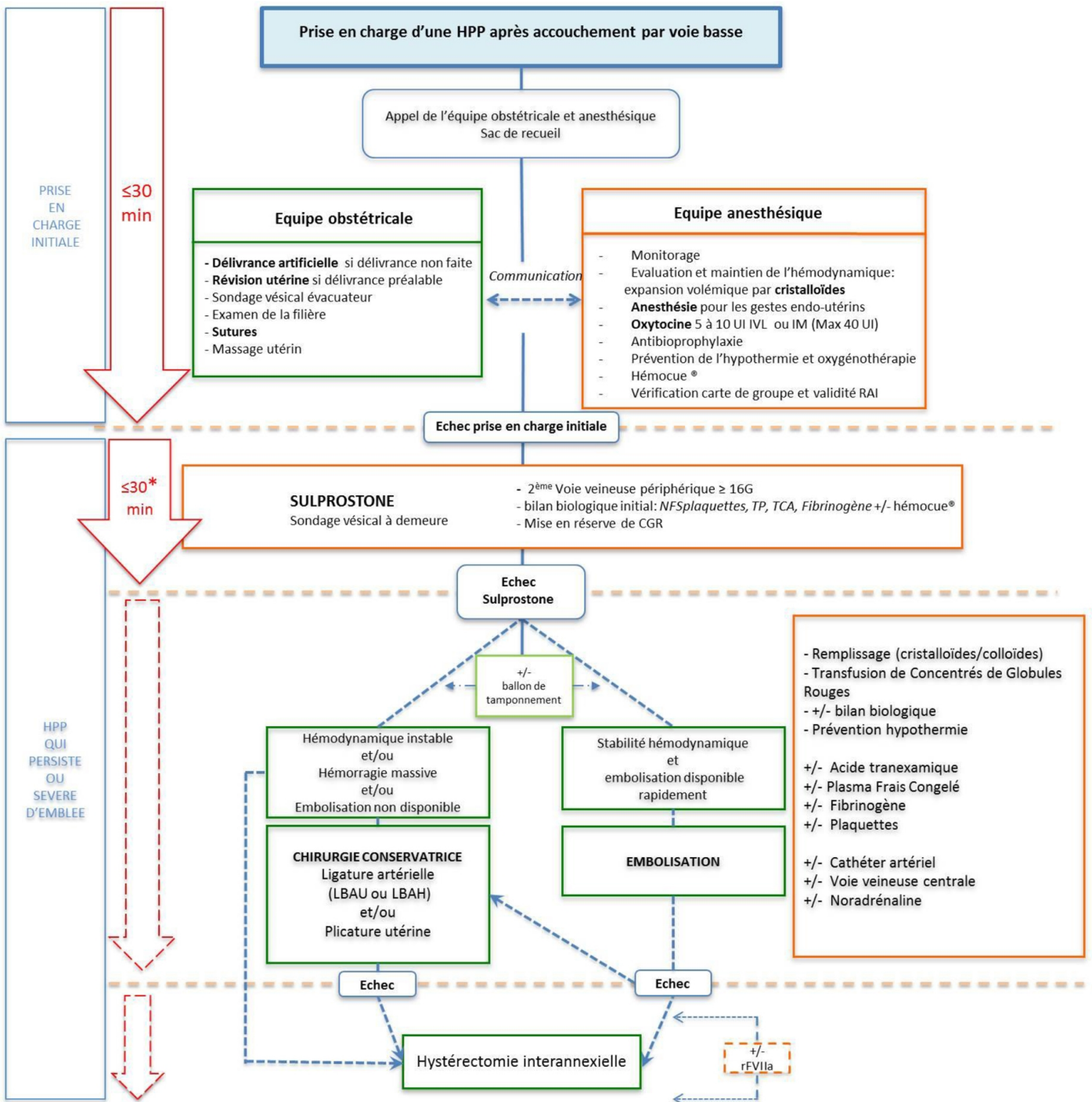
Stabilité hémodynamique → **Echec** → **Hystérectomie interannexielle**

EMBOUSISATION → **Echec** → **Hystérectomie interannexielle**

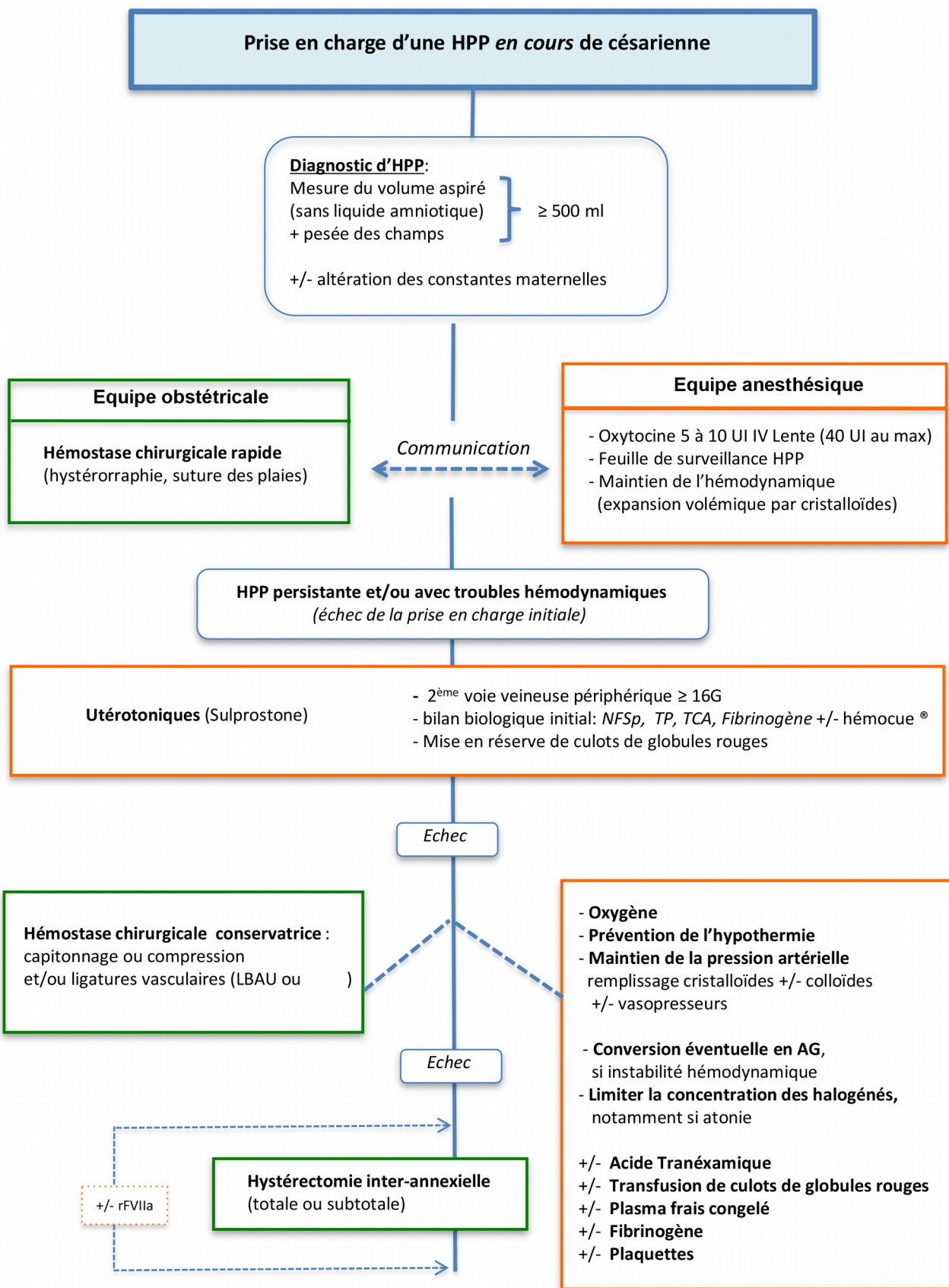
Hystérectomie interannexielle → **Echec**

30 min

Annexe II : Algorithme de prise en charge d'une hémorragie du post-partum après un accouchement par voie basse. * A titre indicatif et sera adapté en fonction de l'importance des saignements



Annexe III : Algorithme décisionnel devant une hémorragie en cours de césarienne



Annexe IV : Feuille de surveillance modifiée

PRISE EN CHARGE & SURVEILLANCE - HÉMORRAGIE DU POST-PARTUM													
QUANTITE (ml)	Courbe des pertes sanguines cumulées (évaluation / 10 minutes ou selon débit)												
	H0	H+10'	H+20'	H+30'	H+40'	H+50'	H+1'	H+2'	H+3'	H+4'	H+5'	H+10'	
2000													
1900													
1800													
1700													
1600													
1500													
1400													
1300													
1200													
1100													
1000													
900													
800													
700													
600													
500													
PRISE EN CHARGE INITIALE													
PRISE EN CHARGE OBSTETRICALE	H0	H+10'	H+20'	H+30'	H+40'	H+50'	H+1'	H+2'	H+3'	H+4'	H+5'	H+10'	
DA/RU													
MASSAGE UTERIN													
EVALUATION DU TONUS UTERIN (0/1/2)													
EXAMEN SOUS VALVE													
ANTIEMPHRYXIE													
SUTURE													
SONDE A DEVEURE													
DIURESE (ml)													
PRISE EN CHARGE ANESTHESIQUE	H0	H+10'	H+20'	H+30'	H+40'	H+50'	H+1'	H+2'	H+3'	H+4'	H+5'	H+10'	
TA + POUFS													
TEMPERATURE (°C)													
ANALGESIE SUFFISANTE													
Zème VOIE VEINEUSE													
BILAN SANGUIN (NFS, COAG, RAI)													
CRISTALLOIDES (Ringier, NaCl)													
COLLOIDES (Voluven, Restonol, Gélofusine)													
5 ou 10 UI OXYTOCINE IVL													
EVA / EN													
COUVERTURE CHAUFANTE													
O2 (Débit) / IOT (heure)													
PRISE EN CHARGE DES HPP PERSISTANTES OU SEVERE D'EMBLEE													
PRISE EN CHARGE OBSTETRICALE	H0	H+10'	H+20'	H+30'	H+40'	H+50'	H+1'	H+2'	H+3'	H+4'	H+5'	H+10'	
SULPROSTONE (NALADOP®) / Amp max. 1/1h, 2 / 5h													
TAMPONNEMENT INTRA-UTERIN													
ORGANISATION DU TRANSFERT													
EMBOLISATION													
CHIRURGIE CONSERVATRICE													
HYSTERECTOMIE													
PRISE EN CHARGE ANESTHESIQUE	H0	H+10'	H+20'	H+30'	H+40'	H+50'	H+1'	H+2'	H+3'	H+4'	H+5'	H+10'	
BILAN BIOLOGIQUE COMPLET													
HEMOGLOBINE (gbp) > 8g													
HEMATOCRITE													
PLAQUETTES													
TP / TCA													
FIBRINOGENE													
HEMOCCU®													
ACIDE TRACHEMIQUE													
COMMANDE DE SANG													
CONCENTRE DE GLOBULES ROUGES													
CONCENTRE DE PLAQUETTES													
PLASMA FRAIS CONGEE													
FIBRINOGENE (CLOTAFAC®)													
NOVOSEVEN													
SAIGNEMENTS TOTAUX =													

ETIQUETTE PATIENTE

LEOUI ESTABLISSEMENT

HEURE DE DIAGNOSTIC D'HPP

Heure d'appel

Date :

Heure de naissance :

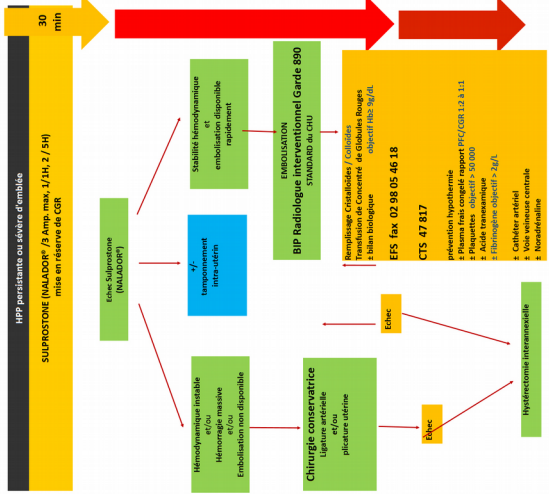
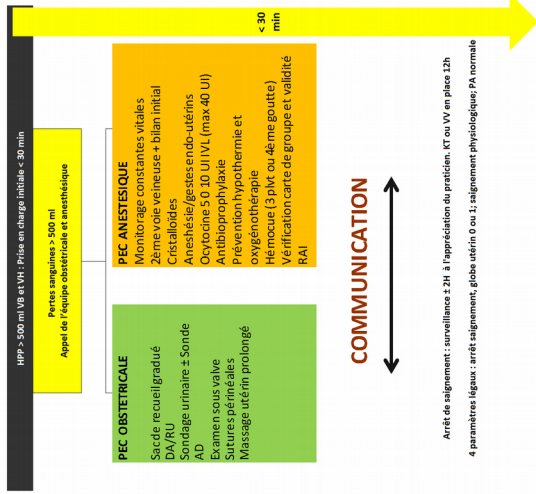
Sexe-femme :

Obstétricien :

Interne :

Anesthésiste :

IADÉ :



VIII. RÉSUMÉ

Objectifs. Évaluer la réalisation de la feuille de surveillance HPP et la traçabilité de la prise en charge afin d'objectiver les variations entre les établissements du Réseau de Périnatalité de Bretagne Occidentale. Puis tenter d'extrapoler à partir des données renseignées si la prise en charge des HPP est conforme aux nouvelles recommandations.

Patientes et méthodes. Étude de cohorte rétrospective de mai à octobre 2016, dans les six maternités du Finistère un an après la mise en circulation d'une feuille HPP standardisée. Toutes les femmes qui ont présenté des saignements supérieurs ou égaux à 500 ml après un accouchement ont été incluses. Ont été exclues les HPP après une interruption volontaire de grossesse ou une fausse couche ainsi que celles survenues dans un contexte particulier.

Résultats. L'incidence des HPP était de 6,34 % avec des variations par structure entre 2 % et 10 %, celle des HPP sévères représentait 1,51 %. Il existait une variabilité des pratiques en terme d'administration préventive d'ocytocine. La feuille de surveillance était utilisée dans 36 % des cas. Une forte hétérogénéité concernant la retranscription des actes a été mise en évidence entre les différentes structures. Les délais de la prise en charge étaient conformes à ceux préconisés par le CNGOF.

Conclusion. Nos résultats montrent que les feuilles de surveillances sont insuffisamment remplies malgré les nouvelles recommandations. Une démarche d'amélioration doit être entreprise par la sensibilisation des protagonistes impliqués dans la prise en charge de l'HPP, la simplification de la feuille et un accès facilité aux feuilles.

Mots clés : Hémorragie du post-partum, feuille de surveillance HPP, traçabilité.

Titre : Évaluation de la traçabilité de la prise en charge de l'hémorragie du post-partum par l'analyse des feuilles de surveillance spécifique. Audit de conformité dans les six maternités du Réseau de Périnatalité de Bretagne Occidentale de mai à octobre 2016

Auteur : DENES Maïna

Diplôme d'état sage-femme, Brest, 2017