



# Audit clinique de la prévention et de la prise en charge de l'hémorragie du post-partum dans les 24 maternités des Pays de la Loire

Ph. GILLARD, responsable de la Commission Obstétricale,  
B. BRANGER, médecin coordinateur

Ph. DAVID, P. RADANNE, gynéco-obstétriciens,  
Ch. MONRIGAL, anesthésiste,  
D. CLOAREC, C. PILLOT, R. COLLIN, sages-femmes,  
N. WINER, président

Mars 2009



# Référentiels

---

- Prévention des hémorragies du post-partum.  
J Gyn Obstet Biol Reprod 2004; 33 (supplément au n°8): 4S1-4S136
- Haute Autorité de Santé - Recommandations pour la pratique clinique.  
Hémorragies du Post-Partum immédiat - Novembre 2004.

## → Plan

- Facteurs de risques
- Principes de base
- Prévention au moment de l'accouchement
- Prise en charge initiale
- Prise en charge de l'HPP qui s'aggrave
- Méthodes invasives et transfert
  - Embolisation
  - Chirurgie

Pas de référentiels récents pour les anesthésistes (1998)



# Diffusion des recommandations

- Diffusion simple : peu efficace
  - GO : indications de césarienne (pour faire baisser)
    - Un an après : 94 % des GO connaissent les recco
    - 3 % identifient les 4 actions recommandées et les 4 actions non recommandées
    - 1/3 estiment avoir changé leur pratiques Lomas 1989
    - Pas de résultats sur des indicateurs objectifs
  
- Leaders d'opinion : assez efficaces
  - GO : idem Lomas 1991
    - Propositions de VB ↑ et le nombre de césariennes ↓
  
- Visites « à domicile » (sur site) : assez efficaces
  - Audit des ressources et des pratiques
  
- FMC, journées de formation : pas très efficace
  
- Rappels au moment de l'acte : assez efficace
  
- Démarche qualité : à évaluer
  - Revue de mortalité-morbidité

ANAES 2000  
Efficacité des méthodes de mise en oeuvre des  
recommandations médicales



# Cadre général

---

- Réaliser un audit clinique (ou de soins)
  - Voir dans quelles mesures les procédures prévues (écrites) sont suivies
  
- Dans le cadre d'une démarche qualité
  - Références existantes
  - Evaluation par rapport à ces références
  - Conformité
  
- Objectifs
  - Mesurer l'impact des actions engagées
  - Evaluer des progrès accomplis /période de référence
  - Prévoir des actions correctives en cas de dysfonctionnement

Ce n'est pas +++  
- description  
- état de l'existant  
- constat



# Deux définitions

---

## → ISO 8402 = audit d'entreprise

- « *L'audit est un examen méthodique et indépendant en vue de déterminer si les activités et résultats relatifs à la qualité satisfont aux dispositions préétablies et si ces dispositions sont mises en œuvre de façon efficace et sont aptes à atteindre les objectifs* »

## → ANDEM 1994 = audit de soins

- « *L'audit est une méthode d'évaluation qui permet, à l'aide de critères déterminés, de comparer les pratiques de soins à des références admises en vue de mesurer la qualité de ces pratiques et des résultats des soins, avec l'objectif de les améliorer.* »



# Méthodes d'audits

---

## → Champs des audits

- Ressources ←
- Opportunités
- Pratiques ←
- Résultats

## → Techniques

- Déclaratif
  - Auto questionnaire
  - Entrevue face-à-face
- Observation de dossiers ←
- Observation de pratiques

# Critères principaux retenus

## → Grille des ressources

- Protocole
- Sacs de recueil
- Convention EFS : sang disponible dans les 30 min
- Feuille de surveillance
- Équipes et moyens anesthésistes et chirurgicaux

## → Grille de pratiques sur observation de dossiers d'HPP

- Surveillance prénatale
  - Recherche de facteurs de risques : troubles de l'hémostase, anomalies d'insertion placentaire
- Accouchement, prévention
  - DD, D assistée

## ● Diagnostic d'HPP

- Notation de l'heure
- Personnes averties : GO, AR, SF, infirmières...
- Feuille spécifique
- Mesure dans le sac de recueil
- DA - RU. ATBthérapie. Anesthésie
- Filière génitale sous valves
- Utérotoniques (Ocytocine)

## ● HPP persistante dans les 30 min

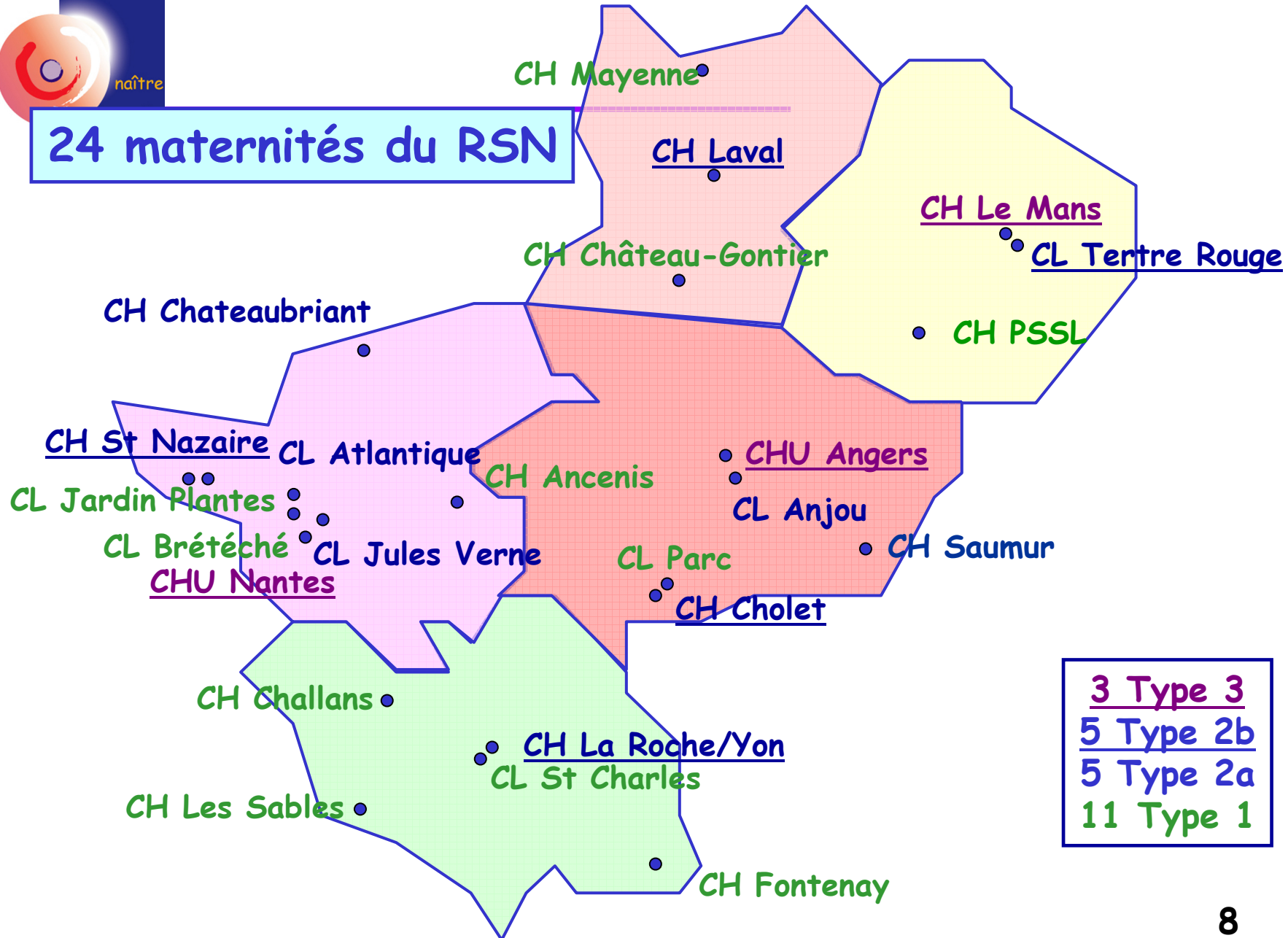
- Nalador® : posologie, durée
- Transfusions

## ● HPP persistante dans les 2 heures

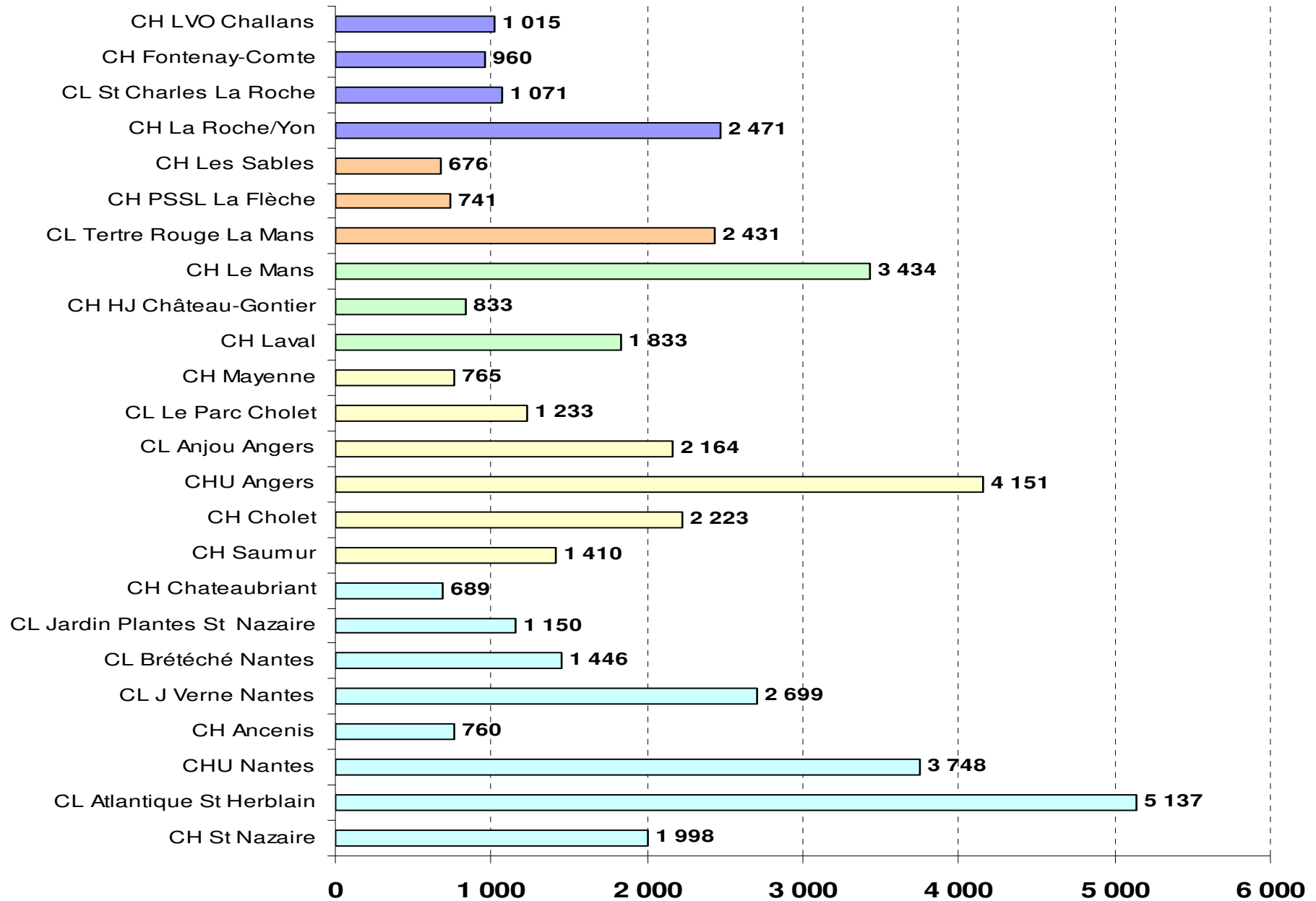
- Chirurgie conservatrice, ou radicale
- Embolisation



# 24 maternités du RSN



## Naissances 2007





# Accueil général

## → Organisation de la visite

- Proposition de calendrier 1 an avant
- Rappel à 6 mois, à 1 mois et la semaine avant
- Annulation pour 5 maternités / 24, soit le mois avant, soit à midi pour 14 h...
- Janvier 2006 (CH Chateaubriant) à octobre 2008 (CH Mayenne)

## → Accueil bon, mais sérieux...

- Impression de « contrôle » ?
- Impression de « Le CHU visite les petits CH » ?
- C'est le Réseau qui audite +++

## → Exposé bien accepté

- Points souvent discutés
  - Délivrance dirigée
  - Mesure de quantité de pertes
  - Sac de recueil (preuve, faisabilité, coût)
  - Traitements chirurgicaux
  - Transferts et embolisation

## → 4 à 50 personnes présentes

- Moyenne = 14
- Ratio = 8 personnes / 1000 naissances (de 2.6 à 27.0)
- GO (pas tous) (n=49)
- Anesthésistes (pas tous) (n=25)
- Cadres SF, qques SF (n=71)
- Biologistes quelquefois
- Chirurgiens quelquefois
- Internes, Qualiticiens



# Audit des ressources (1)

---

- Toutes les maternités ont un protocole
  - Dans la moitié des cas à l'occasion de la visite d'audit
  - A priori conforme aux recommandations de 2004
  - Plus récemment = fiches techniques du RSN (commission des anesthésistes) pas toujours discutées...
  
- Dépôt de sang conforme dans presque tous les cas
  - Absent in situ 1 fois avec temps nécessaire > 40 mn
    - Rectification depuis, à la suite d'une HPP grave
  - Les autres maternités
    - Dépôt de 3 à 6 CG O- et O+, 3 à 6 PFC (une pas de PFC)
    - Obtention d'autres PSL > 30 min, quelquefois > 1 heure
  
- Sacs de recueil
  - 21 sur 24 (87 %)
  
- Feuille spécifique de surveillance des HPP
  - 11 fois sur 24
  - Certains depuis la feuille du RSN de septembre 2007



## Audit des ressources (2)

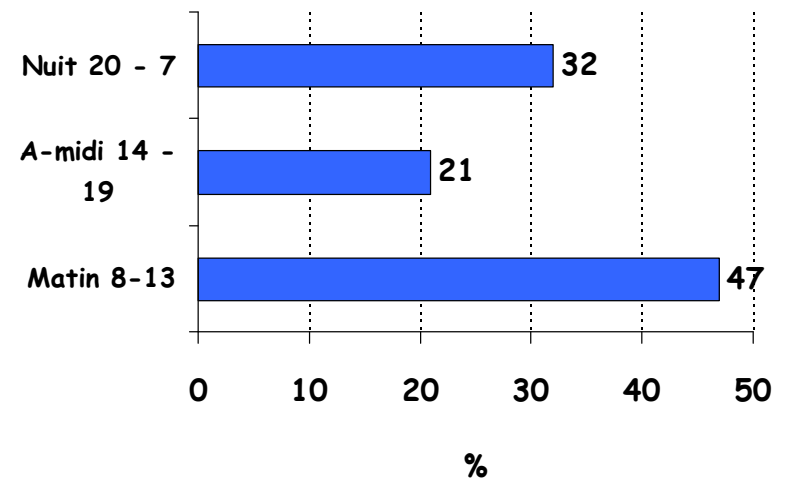
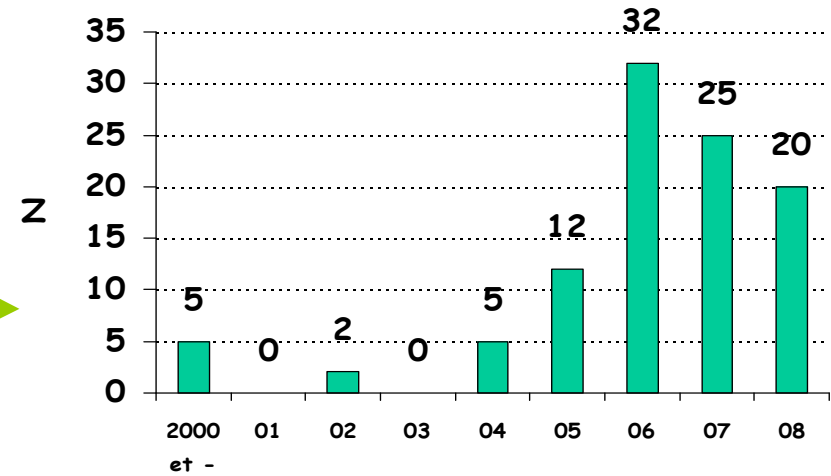
---

- Organisation formalisée avec la chirurgie viscérale (en cas de GO non chirurgien(s), ou comme avis et aides complémentaires)
  - Dans les types 1, organisations prévues mais non formalisées ou organisées (convention, listes de garde explicites)
  - En cas de chirurgiens peu habitués à la gynécologie ou en cas de chirurgiens remplaçants...
  - Techniques conservatrices connues et affichées : 18 fois sur 24
  
- Formations sur HPP
  - Absentes en général
  - Audits des cas organisés dans 5 cas sur 12
  
- Leçons tirées des cas graves antérieurs... (débriefing)
  - 8 fois sur 24 (1/3 des cas)



# Les 106 cas HPP

- **Années retenues** →
- **Age des mères**
  - 31 ans ± 6 (20 - 43)
- **Primipares**
  - 30 %
- **Grossesse normale**
  - 68 %
- **Terme = 39 SA (28 - 41)**
- **Anesthésie**
  - 62 % péridurale
  - 19 % rachi-anesthésie
  - 4 % AG
- **Heures de naissance** →
- **Fin accouchement**
  - 64 % VB (épisio 44 %)
  - 36 % césarienne
- **Poids de naissance**
  - 3 400 g ± 677 (1 400 - 4 000)





## Les 106 cas HPP (3)

---

### → Pertes de sang

- Par les sacs : 1.4 L
- Par  $\neq$  Hb et culots
  - Perte de 4 g entre Hb Grossesse et Hb la plus basse
  - Soit avec les transfusions : 2.3 L (0.9 - 4.7 L)

### → Transfusions

- Culots : 72 fois (68 %) avec 6 CG en moyenne (1-25)
- PFC : 42 fois (40 %) avec 4.5 PFC en moyenne (1-15)

### → Traitements additionnels

- Fibrinogène : 4 fois
- Novoseven : 1 fois

### → Commentaires surajoutés

- Thrombus vulvaires ou vaginaux : 2 cas
- Heures ou jours particuliers (Ascension, 15 août..)
- Fibrinolyse : 3 cas et SHAG : 1 fois

## Conformité globale des pratiques

	AVB n= 65	Per-césarienne n= 18	Post-césarienne n= 18	Total n=101
<b>Critères</b>	<b>Conforme (%)</b>			
Délivrance dirigée	70.7	--	--	<b>70.7</b>
Heure du dg HPP notée	61.1	83.3	53.8	<b>66.0</b>
Sac recueil (pratiques)	58.0	--	--	<b>58.0</b>
Feuille de surveillance	55.0	50.0	33.3	<b>50.9</b>
Quantification	50.8	64.7	23.5	<b>48.5</b>
DA-RU	100.0	--	--	<b>100.0</b>
RU	88.0	--	--	<b>88.0</b>
Examen sous-valves	64.6	--	--	<b>64.6</b>
Utérotoniques <15'	90.3	--	--	<b>90.3</b>
<i>HPP par atonie persistante</i>	<i>n=48</i>	<i>n=17</i>	<i>n=17</i>	<i>n=82</i>
- Sulprostone	95.8	94.1	94.1	<b>95.0</b>
- Délai <30 min respecté	52.6	70.0	40.0	<b>52.3</b>
- Décision au bout de 2 h	47.3	78.6	75	<b>76.9</b>



# Les points forts

---

## → Audit

- Toutes les maternités ont accepté la visite
- Des dossiers ont été présentés dans toutes les maternités
- La plupart ont apprécié la visite du Réseau
- Pas de rejet de la technique d'audit et des propositions élaborées (une ou deux exceptions)

## → Pratiques

- La visite a été l'occasion de la réalisation d'un protocole
- Une formalisation des rapports avec la chirurgie viscérale a été mise en place dans deux centres
- L'existence de sacs de recueil est notée
- Une prise de conscience de la difficulté à tenir un dossier (traçabilité mal assurée) a été observée
- Une prise de conscience de l'importance de la prise en charge de l'HPP (gravité) est générale



# Points à améliorer

---

- Appel des intervenants en cas d'HPP
  - Formalisation pour la disponibilité des chirurgiens ++++
- Traçabilité des gestes
  - Feuille spécifique : proposition d'une feuille anesthésiste et une feuille pour les GO et SF
- Respect des référentiels
  - Horaire
  - Quantification des pertes sanguines
  - Transfusion sur les pertes sanguines
  - NALADOR®
- Audits internes à réaliser au cas par cas ou RMM
  - En cours d'installation dans 8 maternités
- Problème des transferts dans les villes de type 3
  - Thrombus
  - HPP : concertation GO, AR des deux équipes +++



# La suite de la visite

- ➔ **Nouvel audit en 2009 : évaluation « normative »**
  - Sélection de 10 accouchements (VB) sans hémorragie : prévention
  - Sélection des dernières 5 HPP (VB) par centre : prise en charge
  - Grille simple du référentiel
  - Deux médecins GO qui se déplace dans toutes les maternités
    - Thèse de médecine
  
- ➔ **Suivre les indicateurs ?**
  - Dossier commun ????
  - Décès maternels pour hémorragie
  - Chirurgie conservatrice et hystérectomie d'hémostase
    - Par le PMSI +++

## Exemple PMSI 2007

- HPP : 2.9 %
- Hystérectomies : 9 (1 pour 5 000 acc.) /an



# Conclusion

---

## → La démarche d'audit...

- ..est une nouveauté dans le champ de la santé
- ..est souvent perçue comme un contrôle
- ..est considérée comme une remise en cause
  - de ce que l'on a toujours fait
  - de compétences
  - de la confiance faite aux professionnels
- ..peut participer à une démoralisation des équipes

## → ... mais elle peut être..

- ..l'occasion d'exposition des contraintes
- ..de communiquer entre soignants...
  - ...de type de responsabilités différents (chaîne de la prévention)
- ..de progresser
  - en respectant les personnes