



**Prise en charge des hémorragies graves
du post partum dans
6 réseaux de périnatalité :
Mise en œuvre et impact d'un programme
multi facettes**

RC Rudigoz, C Dupont , C Colin,
C Deneux -Tharaux , S Touzet, J Lansac, S Baumard,
T Harvey, V Tessier, C Chauleur, L Basty, G Pennehouat, L Perru,
X Morin, S Gariod, MP Fernandez,
MH Bouvier-Colle,
et le groupe Pithagore 6

Journées du Ceppral – ARS – HAS 19 oct 2010 Lyon

Hémorragie du post partum HPP

- Fréquence (106 maternités, 140 000 accouchements)
 - HPP TOTALES 9 365 soit 6,38% (1,5 à 22%)
 - HPP GRAVES 2 494 soit 1,7% (0 à 4%)
- Mortalité maternelle (CEMM)
 - 87% des décès en lien avec une HPP grave évitable

CONTEXTE / Hémorragies du Post Partum

- Prise en charge
 - Non optimale
 - Améliorable
 - La simple diffusion de RPC est insuffisante pour modifier les pratiques
 - La prise en compte du contexte local des soins et l'implication directe des équipes sont des éléments déterminants
- Mise en œuvre d'un programme dans chaque maternité / objectif de prévention de l'HPP grave

OBJECTIFS

- Améliorer la qualité de la prise en charge des HPP pour réduire la fréquence des HPP graves,
- Identifier les écarts aux RPC et les raisons de ces écarts,
- Estimer l'impact sur le résultat de santé du programme dans 2 maternités particulièrement motivées.

MÉTHODES

- **1ère étape** : Réalisation d'un programme d'amélioration de la prise en charge des HPP graves, dans 54 maternités tirées au sort au sein de 6 réseaux de périnatalité.
 - Une étude pilote en 2005 dans les 17 maternités du réseau AURORE → grille d'analyse
 - En 2006, cette grille a été utilisée dans les 37 maternités des 5 autres réseaux.

MÉTHODE

- Hémorragies graves :
 - Delta d'hb de 4gr
 - Transfusion
 - Chirurgie
 - Embolisation
 - Transfert en USI/ Réanimation
 - Décès

- Critère de jugement : taux d'hémorragie grave

- Écarts aux recommandations pour certaines étapes clés :
 - l'appel de renfort,
 - la réalisation de la révision utérine,
 - l'administration de sulprostone,
 - la réalisation du bilan biologique
 - la transfusion.

MÉTHODE

Revue des pairs

- 4 mois après le début de l'étude
- Analyse de la prise en charge avec une grille de lecture
- Toutes les HPP graves survenues au cours des 4 mois d'étude étaient examinées au cours de revues d'évènements animées
 - dans chaque maternité
 - par un trinôme extérieur
 - obstétricien, anesthésiste, sage femme –
 - avec participation active des équipes.

RÉSULTATS : ÉCARTS AUX PRATIQUES

	AVB n=68	CS n=26
Pas d'appel de renfort	20.6%	7.7%
Pas de Révision utérine	8.8%	/
Révision utérine >15 mn	27.9%	
1er bilan > 30 mn	47%	40%
Atonie	n=41	n=15
Pas de Sulprostone	n=12	n=5
Sulprostone >30 mn	n=17/29	n=1/10

RÉSULTATS

94 HPP graves

	AVB (n=68)	Césarienne (CS) (n=26)
Prise en charge non optimale	62%	27%

Les raisons principales identifiées étaient :

- le retard au soin 40%
- le retard au diagnostic 22%
- la sous-estimation de la perte sanguine 18%

1ère étape - Bilan

- Peu d'impact du programme d'intervention
 - Sur le taux d'hpp grave
 - 1.64% groupe intervention vs 1.65% groupe non intervention
BJOG 2010, C Deneux , RC Rudigoz
 - Mais amélioration des pratiques sur certains éléments
 - appel du médecin et administration du Sulprostone
- Cependant,
nombre de revue des pairs limité à 1

2^{ème} étape

Poursuite du programme dans deux maternités de type 2 et 3

- trimestriellement entre 2006 et 2008

→ Mesure de l'évolution du taux d'HPP graves au cours de cette période

POURSUITE DE L'ACTION DANS 2 MATERNITÉS

- Discussion multidisciplinaire des dossiers et revues d'évènements critiques
- Mise en œuvre systématique du protocole
- Sensibilisation des équipes
 - réalisation de la délivrance dirigée
 - mise en place systématique d'un sac de recueil
 - administration rapide de Sulprostone

Résultats

		Années			
	2005 Etude PITHAGORE	2006	2007	2008	<i>p</i>
Maternité type II 2000 Accouchements					
HPP %	16,5	5	5,6	4.2	
HPP graves %	3,7	0,74	0,19	0.26	0,042
Maternité type III 3000 Accouchements					
HPP %	5,6	4,2	6,2	6,1	
HPP graves %	2,2	1,54	1,27	0,96	0.038

Maternités de type III

Comparaison des taux HPP graves 2005 – 2009

	2005	2006	2007	2008	2009*
Taux HPPG %	1.52	1.60	1.27	1.15	1.64
Total (n)	45	50	44	37	58
Voie basse %/AVB	1.16%	1.3%	0.92%	0.40%	0.45%
Césarienne %/césarienne	2.8%	2.7%	3.2%	3.8%	5.5%

*p (2008 - 2009) = 0.01

2^{ème} étape - Bilan

- Nette diminution des HPP graves
- Amélioration de la qualité de la prise en charge
- La fréquence des HPP graves après VB a été significativement réduite
 - Reste à diminuer la fréquence des HPPG après césarienne

Facteurs de succès

- Réalisation de ces revues
 - Communication inter professionnels : **notion d'équipe**
 - Tous les membres
 - Information non disponible par ailleurs (organisationnel)
 - Implication et prise de conscience / leur cas
 - Rôle du management : **leadership renforcé**
 - Compréhension # Description de l'erreur ou non conformité
 - Description du point de vue de l'individu # Identification d'un coupable
 - Culture positive de l'erreur # Sentiment de culpabilité
 - Grille d'analyse simple et rapide d'utilisation

« *Améliorer la sécurité du soin, c'est possible* »»

Conclusion

- Il est vraisemblable qu'au-delà de l'amélioration de la prise en charge des HPP le travail effectué a amélioré
 - l'ensemble de la qualité de la prise en charge (césariennes en urgence...)
 - En terme de communication entre les membres de l'équipe, la cohésion et l'efficacité de l'équipe



Importance des RMM

reste encore à appréhender

Réseau AURORE : 7 structures sur 27 !