

Évaluation des pratiques professionnelles L'Hémorragie du Post-Partum

Promoteur

AUDIPOG

Cibles professionnelles

Les praticiens exerçant dans le domaine de la périnatalité et réalisant des accouchements (obstétriciens, sages-femmes).

Patients concernés

Parturientes.

Sources ou référentiel

[1] CNGOF-Anaes. Règles de pratique clinique pour les hémorragies du post-partum. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2004 ; 33(suppl. au N°8) : 4S29-4S129.

[2] CNEMM. La mortalité maternelle en France : considérations épidémiologiques et cliniques (1999-2001) et recommandations. BHE 2006 ; 50 :396-402.

[3] Winter C, Macfarlane A, Deneux C, Zhang WH, Alexander S et al. Variations in policies for management of the third stage of labour and the immediate management of postpartum haemorrhage in Europe BJOG 2007;114:845-54.

[4] European Project on Obstetrics Haemorrhage Reduction: Attitudes, Trial, and Early warning System. European Consensus on prevention and Management of Post Partum Haemorrhage. 2004.

[5] Elbourne DR, Prendiville WJ, Carroli G, et al. Prophylactic use of oxytocin in the third stage of labour (Cochrane Review). In : the Cochrane Library, Issue 4, 2004. Chchester, UK; John Wiley and Sons, Ltd.

[6] Prendiville WJ, Elbourne D, McDonald S, et al. Active versus expectant management in the third stage of labour (Cochrane Review). In : The Cochrane Library, Issue 4, 2004. Chichester, UK; John Wiley and Sons, Ltd.

Méthode

Audit clinique ciblé

Sélection des dossiers en rétrospectif si hémorragie dont la définition est la suivante :

- pour l'accouchement par les voies naturelles les pertes de sang estimées sont > 500 ml (hémorragie sévère 1000ml)
- pour la césarienne hémorragie si les pertes de sang estimées sont > 1 000 ml (hémorragie sévère 1 500 ml)

Validation de l'EPP Hémorragie du post-partum

1°) L'EPP devra comporter les étapes suivantes

Thème de l'EPP, justification de ce thème, objectifs de l'EPP, résultats, actions d'améliorations, évaluation du programme en utilisant une grille d'audit clinique ciblé et le choix d'indicateurs utilisés (taux de femmes transfusées, taux d'hystérectomie d'hémostase, taux d'embolisation vasculaire, etc.).

2°) Les critères autorisant un praticien à solliciter la validation de son EPP, à titre individuel.

- **L'activité principale du professionnel doit se situer dans le champ de la périnatalité. Il doit réaliser des accouchements.**
- **L'impact de l'EPP sur les pratiques sera évaluée au moins une fois par an (suivi d'indicateurs ou nouvel audit clinique ciblé).**
- **La durée de l'EPP pour validation est prévue sur 1 an, au minimum.**

3°) Les praticiens demandant la validation de leur EPP devront fournir à l'Audipog des pièces justificatives, permettant leur validation par la sous-commission EPP de l'Audipog.

Ces pièces sont :

- Engagement individuel du professionnel dans la démarche d'EPP et engagement du professionnel à respecter les étapes de la démarche ci-dessus
- Une attestation sur l'honneur afin d'attester de leur activité obstétricale dans la maternité considérée.
- Un document explicitant les actions d'amélioration mises en place après la première évaluation par l'audit clinique ciblé.

Méthode : Audit Clinique Ciblé

Il s'agit de remplir une grille d'audit clinique ciblé par accouchement ayant présenté une hémorragie du post-partum, pour la période étudiée choisie par la maternité (1 an si possible).

Le nombre de dossiers dépendra du nombre d'accouchements de la maternité. Le nombre de dossiers de femmes ayant eu une hémorragie de la délivrance sur 1 an paraît pertinent.

Recueil : Étude avec recueil prospectif ou rétrospectif des données (à expliciter au préalable).

Les réponses sont à cocher dans la grille suivante pour chaque patiente concernée.

Il est préférable que le recueil soit effectué par un professionnel n'ayant pas réalisé l'accouchement qui joue le rôle d'évaluateur. En cas d'auto-évaluation (même personne ayant réalisé l'accouchement), le spécifier dans le rapport.

Durée de l'EPP

Pour prétendre à avoir leur EPP validée les professionnels devront prévoir 2 ans.

Grille de saisie

Date de l'accouchement :	Etablissement :.....
N° de la grille :.....	Nom de l'évaluateur :.....
Identification du patient (étiquette ou 3 premières lettres du nom) :.....	

	Réponses observées			Commentaires
	Oui	Non	NA*	
Critère 1 : Délivrance dirigée				
Critère 2 : Délivrance dans les 30 minutes				
Critère 3 : Délivrance artificielle				
Critère 4 : Révision utérine				
Critère 5 : Examen sous valves				
Critère 6 : Vessie vidée				
Critère 7 : Estimation des pertes sanguines dans le dossier				
Critère 8 : Mise en place d'un utero tonique				
Critère 8 : Si oui, type de traitement initial :				
Critère 8.1 : aucun				
Critère 8.2 : ocytocine				
Critère 8.3 : prostaglandine				
Critère 8.4 : misoprostol				
Critère 9 : si échec du traitement initial, type de traitement secondaire :				
Critère 9.1 : aucun				
Critère 9.2 : ocytocine IV				
Critère 9.3 : prostaglandine IV				
Critère 9.4 : misoprostol				
Critère 10 : Délais de mise en œuvre du traitement secondaire : < 30 min				

*NA = non applicable

Guide d'utilisation de la grille d'Audit

Critère 1 : La délivrance dirigée consiste en 5 IU en IVD aux épaules. Si non, noter dans commentaires si autre dose ou type de produit.

Critère 2 : Si la délivrance n'a pas eu lieu dans les 30 min, noter dans commentaires la raison.

Critère 3 : Noter « Oui » quelle que soit la personne qui a fait la délivrance artificielle.

Critère 4 : Noter « Oui » si révision utérine isolée ou après une délivrance artificielle.

Critère 5 : Noter non applicable si le saignement a stoppé immédiatement après la révision utérine. Le spécifier dans « commentaires ».

Critère 6 : Noter oui si sondage urinaire permanent ou temporaire. Le spécifier dans les commentaires.

Critère 7 : Noter « Oui » quel que soit le moyen d'estimer les pertes sanguines (sac de recueil, etc.). Le spécifier dans « commentaires ».

Critère 8.1 : « Oui » si ni ocytocine, ni prostaglandine, ni misoprostol.

Critère 8.2 : Noter « oui » dès que cette molécule est notée dans le dossier comme traitement initial, en intraveineux.

Critère 8.3 : Noter « Oui » quelle que soit la prostaglandine utilisée de prostaglandine, par voie veineuse. La spécifier si besoin dans commentaire.

Critère 8.4 : Noter « Oui » si utilisation du misoprostol quelle que soit sa voie d'administration (per os, vaginale ou rectale). Si oui, expliciter le pourquoi dans les commentaires.

Critères 9.1, 9.2 ; 9.3 , 9.4 : idem 8.1, 8.2, 8.3, 8.4.

Critères 10 : Noter « Oui » si le délai de mise en œuvre du traitement secondaire est de moins de 30 min après le début du traitement initial alors que les saignements persistent.

Grille de résultats

Une fois que l'audit est terminé (remplissage du nombre de grilles voulues durant la période d'étude requise) le tableau suivant permet le rendu final de l'étude.

Tableau Final	Réponses Totales observées			Réponses Attendues	Ecart entre pratique observée et référentiel
	Oui	Non	NA	Selon RPC 2004	En %
Délivrance dirigée				100 % de Oui	
Délivrance dans les 30 minutes				100 % de Oui	
Délivrance artificielle				100 % de Oui si pas de délivrance dans les 30 min	
Révision utérine				100 % de Oui	
Examen sous valves				100 % de Oui	
Vessie vidée				100 % de Oui	
Estimation des pertes sanguines dans le dossier				100 % de Oui	
Mise en place initial d'un utero tonique				100 % de Oui	
Si oui, type du traitement initial :					
aucun				0 % de Oui	
ocytocine				100 % de Oui	
prostaglandine				0 % de Oui	
misoprostol				0 % de Oui	
Si échec du traitement initial, type du traitement secondaire :					
aucun				0 % de oui	
ocytocine				0 % de Oui	
prostaglandine				100 % de Oui	
misoprostol				0 % de Oui	
Délais de mise en œuvre du traitement secondaire : < 30 min				100 % de Oui	

Remarque : cette grille de saisie est remplie pour chaque accouchement suivi d'une hémorragie du post-partum durant la période d'étude retenue pour le service. Un calcul automatisé en cas de saisie informatique est possible. Imaginons que nous retenions 100 femmes avec une hémorragie du post-partum et que l'item « délivrance dans les 30 min » est de 50% de oui. Le référentiel prévoit 100% de délivrance dans les 30 min. L'écart entre la pratique observée et la pratique attendue définie dans le référentiel est donc de 50%. Si vous mettez en place des actions d'amélioration et que vous réalisez à nouveau cet audit vous pourrez analyser l'évolution de cet écart qui devrait être dans le sens d'une amélioration donc ici une augmentation des femmes ayant une délivrance dans les 30 min.