

Résultats des indicateurs pour
l'amélioration de la qualité et de la
sécurité des soins

Prévention et prise en charge de l'hémorragie du post- partum immédiat

Campagne 2017 – Données 2016

Ce document présente les résultats, issus du recueil 2017 - données 2016, des indicateurs du thème « Prévention et prise en charge de l'hémorragie du post-partum immédiat », réalisé par toutes les maternités de France sous la coordination de la Haute Autorité de Santé.

Ces indicateurs donnent une image du niveau de qualité de la prise en charge au sein de chacune des maternités. Ils sont aussi, au niveau national et sous forme agrégée, un observatoire de la qualité des soins dans les établissements de santé français.

Rapport rédigé sans prise en compte des résultats du contrôle qualité du recueil réalisé par les agences régionales de santé (ARS)

Les résultats nationaux présentés dans ce rapport (classements, référentiels) ne prennent pas en compte les résultats du contrôle qualité réalisé par les ARS dans le cadre de l'orientation nationale d'inspection contrôle (ONIC) demandée par l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS). Le délai entre la fin de la rédaction du rapport et la fin du contrôle qualité du recueil (début novembre) permet cependant la présentation, en fin de rapport, des principaux résultats issus de ce contrôle.

Où retrouver les résultats de votre établissement ?

Les résultats complets individuels et comparatifs de chaque établissement ainsi que l'analyse complémentaire sont accessibles sur la plate-forme QualHAS. Pour y accéder, contacter le service DIM de votre établissement.

Les résultats des indicateurs diffusés publiquement par établissement sont également disponibles sur le site Scope Santé, site d'information sur la qualité des prises en charge dans les établissements de santé à destination des usagers mis en place par la HAS en partenariat avec le ministère de la Santé.

www.scopesante.fr



Pour en savoir plus

Le descriptif des indicateurs est disponible sur le site Internet :

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_970481/ipaqss-recueils-des-indicateurs

Pour nous contacter

Pour toutes questions relatives aux indicateurs, le service IPAQSS (Indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins) vous répondra par e-mail : ipaqss@has-sante.fr

Ce rapport a été rédigé par Sandrine Morin et Agnès Solomiac sous la responsabilité de Laetitia May-Michelangeli, chef du service « indicateurs pour l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins » (SIPAQSS).

Rapport validé par le Collège de la Haute Autorité de Santé le 13 décembre 2017.

© Haute Autorité de Santé - décembre 2017

Sommaire

Dispositif national des indicateurs de qualité et de sécurité des soins	5
SYNTHÈSE	7
Contexte	7
Les indicateurs	7
Résultats des indicateurs en 2017 et constats	8
Axes d'amélioration	9
Conclusion	10
Introduction	11
Contexte	11
Les indicateurs	11
Descriptif de la campagne nationale 2017	14
Descriptifs des maternités	14
Descriptif de la population analysée pour le calcul des indicateurs	15
Résultats des indicateurs	16
Indicateur « Prévention de l'hémorragie lors de la délivrance après un accouchement (DELivrance) »	17
Description de l'indicateur	17
Analyse nationale des informations recueillies	18
Classement des établissements	19
Indicateur « Surveillance clinique minimale en salle de naissance après l'accouchement (SURMIN) »	21
Description de l'indicateur	21
Analyse nationale des informations recueillies	22
Classement des établissements	23
Indicateur « Prise en charge initiale de l'HPPI (PECI HPPI) »	25
Description de l'indicateur	25
Analyse nationale des informations recueillies	26
Classement des établissements	27
Bilan et perspectives	30
Résultats 2017 du contrôle qualité du recueil des indicateurs du thème « Prévention et prise en charge de l'hémorragie du post-partum immédiat » dans le cadre de l'orientation nationale d'inspection contrôle (ONIC)	32
Résultats du contrôle qualité du recueil	32
Impact du contrôle qualité du recueil sur la diffusion publique	32
Table des illustrations	33
Annexes	34

Annexe I. Méthodes de recueil et d'analyse	34
Annexe II. Résultats complémentaires.....	38
Annexe III. Grille de recueil 2017 pour le recueil des indicateurs	45
Références bibliographiques.....	48

Dispositif national des indicateurs de qualité et de sécurité des soins

Depuis 2006, la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) et la Haute Autorité de santé (HAS) ont mis en œuvre un recueil national d'indicateurs afin de disposer, pour l'ensemble des établissements de santé, de tableaux de bord de pilotage de la qualité et de la sécurité des soins. Ceci s'inscrit dans l'approche globale de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dans les établissements de santé.

Ce suivi d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) produisant des données comparatives, est utilisé à des fins de pilotage interne, de régulation au niveau régional et national, et de transparence vers les usagers (diffusion publique¹). Ce programme de déploiement national des indicateurs est discuté par un comité de pilotage, co-animé par la DGOS et la HAS, et regroupant l'ensemble des parties prenantes dont les fédérations d'établissements de santé, les représentants des directeurs et des présidents de CME, les directeurs généraux des agences régionales de santé, la CNAM-TS et des représentants des usagers. Ce comité discute également de la nature des indicateurs à développer, des modalités de leur utilisation et de leur diffusion publique en fonction du cadre réglementaire en vigueur.

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires renforce l'utilisation des indicateurs de qualité au sein des établissements de santé. Elle constitue un progrès pour le droit à l'information collective de l'utilisateur en rendant obligatoire la publication, par chaque établissement de santé, d'indicateurs sur la qualité des soins. Dans ce cadre, **la liste des IQSS mis à la disposition du public est fixée annuellement par arrêté ministériel.** Ceci concerne certains IQSS obligatoires, imputables aux établissements de santé et ayant fait l'objet de plus d'une campagne nationale de recueil. Cette diffusion de leur résultat par les établissements de santé est accompagnée par la diffusion publique nationale sur le site Scope Santé (www.scopesante.fr). **Les résultats des établissements pour ces indicateurs y sont présentés avec un code couleur et leur classe A, B, C, selon qu'ils sont supérieurs (A), égaux (B) ou inférieurs (C) à l'objectif national de performance. Cet objectif national de performance correspond à une valeur fixée pour plusieurs années et pour chaque indicateur diffusé publiquement.** Il permet aux établissements de santé de disposer d'un repère correspondant au seuil minimum de qualité à atteindre. L'objectif est défini en concertation avec le comité de pilotage des indicateurs de qualité et de sécurité des soins en établissements de santé et les structures professionnelles concernées par le thème.

Du fait de l'utilisation croissante des indicateurs (diffusion publique aux usagers, tableaux de bord de pilotage, contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), dispositifs d'incitation financière à la qualité (IFAQ), etc...), **un contrôle qualité de leur recueil est effectué.** Depuis 2013, une orientation nationale inspection-contrôle de l'IGAS coordonnée par la DGOS et la HAS s'applique à l'ensemble des indicateurs nationaux de qualité et de sécurité des soins diffusés publiquement. Le principe de ce contrôle qualité du recueil des IQSS diffusés publiquement est de s'assurer de la fiabilité de l'autoévaluation réalisée lors des campagnes nationales de mesure, par l'utilisation d'une procédure de contrôle aléatoire. Le champ de cette inspection vise chaque année 10% des établissements de santé, ayant réalisé le recueil, par région : la moitié est tirée au sort aléatoirement et l'autre moitié est au choix de l'ARS. Le recueil des indicateurs peut être non validé par le contrôle : dans ce cas le résultat est annulé. Il est indiqué comme non validé sur le site Scope Santé.

Ce dispositif complet permet d'objectiver les progrès réalisés par les établissements de santé concernant la qualité et la sécurité des soins.

¹ La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires renforce l'utilisation des indicateurs de qualité au sein des établissements de santé et constitue un progrès pour le droit à l'information collective de l'utilisateur en rendant obligatoire la publication, par chaque établissement de santé, d'indicateurs sur la qualité des soins.

SYNTHÈSE

Contexte

L'hémorragie du post-partum (HPP), l'une des complications obstétricales les plus redoutées, est définie par une perte de sang supérieure à 500 ml dans les 24 h suivant l'accouchement. Afin de diminuer les risques de survenue de ces hémorragies et de préciser leur prise en charge, de nombreux outils complémentaires sont à la disposition des équipes obstétricales comme :

- Les recommandations de bonnes pratiques concernant l'hémorragie du post-partum de 2004 et 2014^{I,II,III,IV,V} ;
- Les fiches Gynerisq' Attitudes^{VI} ;
- Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins^{VII} depuis 2012 qui sont utilisés par les établissements de santé dans leur démarche d'amélioration de la qualité ; par les tutelles dans le cadre du pilotage institutionnel régional ou national et de la diffusion publique ; les usagers pour leurs démarches de recherche d'information sur la qualité des établissements de santé sur le site de diffusion publique "Scope Santé".

Tous ces outils poursuivent l'objectif d'amélioration des pratiques pour une prise en charge optimale dans l'ensemble des maternités.

Les maternités suivent et améliorent leurs pratiques comme le montre les résultats de la dernière enquête nationale confidentielle VIII sur les morts maternelles avec une nouvelle diminution des décès maternelles notamment ceux liés aux hémorragies. L'enquête nationale périnatale IX souligne aussi l'adéquation de plus en plus forte des pratiques aux recommandations comme celle observée sur l'administration préventive systématique d'ocytocine pour prévenir les hémorragies du post-partum, recommandée depuis 2004, poussé par les indicateurs depuis 2012 et qui est quasi généralisée en 2016.

Les indicateurs

Depuis 2012, les indicateurs de qualité et de sécurité des soins sur la thématique « prévention et prise en charge initiale des HPP » sont déployés par la HAS à l'ensemble des maternités de France sur un rythme biennal de recueil. Ils s'attachent à mesurer des points spécifiques concernant 2 situations distinctes de prise en charge :

- la prévention de l'HPP lors de l'accouchement car une surveillance attentive et des mesures prophylactiques de l'HPP (cliniques et pharmacologiques) permettent une diminution de son incidence. Deux indicateurs sont suivis (cf. tableau ci-dessous) ;
- la prise en charge initiale de l'hémorragie du post-partum immédiat (HPPI), lors de laquelle les actions réalisées concourent à limiter le risque de complications graves secondaires à l'hémorragie. Un indicateur agrégé est suivi (cf. tableau ci-dessous).

Indicateurs et définition	
Prévention de l'hémorragie lors de la délivrance après un accouchement	Il évalue, au travers de la traçabilité dans le dossier, la réalisation d'une injection prophylactique d'ocytocine et le contrôle de l'état du placenta. Il est composé de 2 niveaux d'exigence croissante : le niveau 1 évalue le suivi des recommandations, le niveau 2 évalue en plus la traçabilité de l'injection ² de l'ocytocine.
Surveillance clinique minimale en salle de naissance dans les 2 heures qui suivent l'accouchement	Il évalue, au travers de la traçabilité dans le dossier, la surveillance clinique minimale* dans les 2 heures qui suivent l'accouchement et l'examen clinique actant la sortie de la salle de naissance. *mesure du pouls, de la tension artérielle, évaluations de la qualité du globe utérin et des pertes sanguines, effectuées au moins à 2 reprises dans les deux heures suivant l'accouchement.

² Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé

Indicateurs et définition	
Prise en charge initiale d'une HPPI	<p>Indicateur agrégé mesurant :</p> <p>le diagnostic de l'hémorragie en évaluant la traçabilité de l'heure de diagnostic et la quantification en millilitres du saignement au moment du diagnostic, le facteur temps étant primordial dans la prise en charge de l'HPP.</p> <p>et la réalisation systématique d'un geste endo-utérin à la suite d'un diagnostic d'HPPI. Cette étape est restreinte aux HPPI secondaires à un accouchement par voie basse et dont le saignement n'est pas d'origine cervico-vaginale.</p>

Résultats des indicateurs en 2017 et constats

Les indicateurs sont calculés pour chaque maternité à partir d'un échantillon aléatoire de dossiers de femmes ayant accouché au cours de l'année 2016. Les 500 maternités de France ont participé au recueil. A l'échelle nationale, 30 789 dossiers d'accouchements et 16 822 dossiers d'HPPI ont été analysés. Les résultats par maternité sont mis à disposition sur le site www.scopesante.fr.

Sur l'ensemble des indicateurs de qualité et de sécurité des soins, les maternités ont globalement progressé.

► Leur organisation est structurée

9 maternités sur 10 ont mis en place une fiche de surveillance chronologique de suivi en cas d'HPP et près de 4 sur 10 l'ont intégré à leur dossier de manière systématique. 99 % des maternités préconisent à leur équipe l'utilisation d'un sac de recueil pour quantifier les pertes sanguines : 9 sur 10 demandent qu'il soit utilisé dès l'expulsion fœtale. Elles sont toujours la même proportion à organiser des EPP sur la thématique de l'hémorragie du post-partum (66%). De même, elles sont toujours plus nombreuses à avoir mis en œuvre des revues de morbi-mortalité en obstétrique (+7 points avec 91%).

► Au niveau national, tous les résultats des indicateurs sont en augmentation

Tableau 1 : Résultats moyens nationaux et évolution des indicateurs sur la prévention et la prise en charge de l'HPP – Campagne 2017 - données 2016

	Moyenne pondérée nationale 2017	Évolution par rapport à la campagne 2015
Indicateur « prévention de l'hémorragie lors de la délivrance après un accouchement (1er niveau d'exigence) »	89%	+4 points
Indicateur « prévention de l'hémorragie lors de la délivrance après un accouchement (2nd niveau d'exigence) » (indicateur non diffusé publiquement)	68%	+13 points
Indicateur « surveillance clinique minimale en salle de naissance après un accouchement »	70%	+5 points
Indicateur « Prise en charge initiale d'une HPPI »	80%	+6 points

Tableau 2: Pourcentage de maternités ayant atteint ou dépassé l'objectif de performance fixé à 80%* par indicateur diffusé publiquement et évolution – Campagne 2017 - données 2016

	Pourcentage de maternités en classe A et B	Évolution par rapport à la campagne 2013
Indicateur « prévention de l'hémorragie lors de la délivrance après un accouchement (1er niveau d'exigence) »	93%	+4 points
Indicateur « surveillance clinique minimale en salle de naissance après un accouchement »	64%	+13 points
Indicateur « Prise en charge initiale d'une HPPI »	80%	+10 points

* Borne fixe constituant un objectif à atteindre sur plusieurs années. Ce dernier peut se lire de la manière suivante : 8 dossiers sur 10 contiennent les informations demandées.

Les efforts ont porté sur la réalisation de la prophylaxie par ocytocine et sa traçabilité. Ceci se traduit par le fait que 93% des maternités ont atteint ou dépassé l'objectif de performance fixé à 80%. Ceci constitue un bon résultat, mais encore 7% des dossiers, soit 2 196 femmes, ne contiennent aucune information sur la réalisation de la prophylaxie par ocytocine.

L'indicateur concernant la surveillance clinique minimale est en forte progression : son résultat a progressé de 5 points et maintenant 64% des maternités ont atteint ou dépassé l'objectif de performance de 80% correspondant à au moins, 8 dossiers sur 10 qui comportent tous les éléments demandés, jugés comme minimaux pour la surveillance clinique.

L'indicateur concernant la prise en charge initiale de l'HPPI a progressé de 6 points entre les deux campagnes. Cela se traduit par une meilleure traçabilité de l'ensemble des constantes à relever. En 2017, 80% des maternités ont atteint ou dépassé l'objectif de performance de 80%.

► Les efforts portant sur l'amélioration des pratiques doivent se poursuivre

Si toutes les moyennes nationales sont en progression, des éléments sont encore à améliorer :

- Pour l'indicateur « Prévention de l'hémorragie lors de la délivrance après un accouchement », 9 maternités sur 10 ont atteint ou dépassé l'objectif de performance fixé. Néanmoins, des marges d'amélioration sont encore possibles puisque l'absence totale de trace d'une prophylaxie par ocytocine est encore constatée dans 7 % des dossiers (2 196 dossiers), bien que cette molécule soit reconnue comme un élément majeur de la prévention de la survenue d'HPP.
- Environ 3 dossiers sur 10 ne contiennent toujours pas l'ensemble des éléments demandés et jugés comme le minimum indispensable composant la surveillance après l'accouchement. 50 % des maternités ont moins de 7 dossiers sur 10 dans lesquelles la surveillance clinique minimale après l'accouchement est complète.
- 8 femmes sur 10 ont un dossier contenant l'ensemble des éléments demandés pour la prise en charge initiale de l'HPPI. Les éléments relatifs au facteur temps et au suivi des pertes sanguines primordiales dans le choix de la stratégie thérapeutique à mettre en œuvre, sont moins souvent tracés lors d'une HPPI survenant après un accouchement par césarienne qu'à la suite d'un accouchement par voie basse.

Axes d'amélioration

Les axes d'amélioration déductibles des résultats de la campagne 2017 sont peu différents de ceux de 2015 : il est nécessaire de poursuivre la systématisation des actions suivantes et leur traçabilité dans le dossier des patientes :

- prophylaxie par ocytocine
- application de la surveillance clinique minimale recommandée,
- réalisation des premières actions permettant de limiter les complications graves de l'HPP.

Conclusion

La dynamique d'amélioration des maternités dans leur ensemble concernant la prévention et la prise en charge de l'HPP est indéniable au travers des résultats des IQSS et de leurs évolutions. Cette mise en lumière des efforts fournis par le résultat des indicateurs souligne la pertinence des IQSS suivis, qui ont pour finalité de contribuer à l'amélioration de la sécurité de la femme, réduire les inégalités de prise en charge et d'informer les (futurs) parents de la qualité de la prise en charge dans les maternités.

Les suites de ces travaux sont les suivantes

- Utilisation des résultats dans le dispositif de certification des établissements de santé : les résultats des IQSS sont utilisés dans le dispositif de certification des établissements de santé, notamment dans le Compte Qualité des maternités dans la thématique du secteur naissance : les résultats insatisfaisants de certaines maternités seront l'objet d'échanges avec la HAS afin d'évaluer les démarches d'amélioration des pratiques.
- Évolution de ces indicateurs : Suite aux 4 campagnes de recueil, les indicateurs doivent être rediscutés avec les sociétés savantes et les usagers soit pour évoluer soit pour être suspendu.
- Développement d'autres indicateurs comme ceux de mesure de la satisfaction en maternité.

L'ensemble des résultats est détaillé dans le présent rapport.

Des diagrammes en « barres » permettent de visualiser les résultats des indicateurs obligatoires sur le site internet de la HAS.

Une analyse régionale des indicateurs sous forme de cartographie dynamique est disponible sur le site [scope santé](#).

Introduction

Contexte

L'hémorragie du post-partum (HPP), l'une des complications obstétricales les plus redoutées, est définie par une perte de sang supérieure à 500 ml dans les 24 h suivant l'accouchement.

Afin de diminuer les risques de survenue de ces hémorragies et de préciser leur prise en charge, de nombreux outils complémentaires sont à la disposition des équipes obstétricales, comme :

- Les recommandations de bonnes pratiques concernant l'hémorragie du post-partum de 2004 et 2014^{I, II, III, IV, V} ;
- Les fiches Gynerisq' Attitudes^{VI} ;
- Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins depuis 2012^{VII}.

Tous ces outils poursuivent l'objectif d'amélioration des pratiques pour une prise en charge optimale dans l'ensemble des maternités.

Les maternités suivent et améliorent leurs pratiques comme le montre les résultats de la dernière enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles avec une nouvelle diminution des décès maternelles notamment ceux liés aux hémorragies^{VIII}. L'enquête nationale périnatale^{IX} souligne aussi l'adéquation de plus en plus forte des pratiques aux recommandations comme celle observée sur l'administration préventive systématique d'ocytocine pour prévenir les hémorragies du post-partum, recommandée depuis 2004, poussé par les indicateurs depuis 2012 et qui est quasi généralisée en 2016.

Les indicateurs

Parmi les dispositifs d'amélioration de la qualité pour une meilleure prise en charge et la réduction des risques en établissements de santé, les indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) ont été choisis par la HAS pour aider les établissements de santé à suivre leur pratique et les modifier le cas échéant. Ces indicateurs sont utilisés par différents acteurs :

- les établissements de santé dans leur démarche d'amélioration de la qualité, valorisée notamment dans le compte-qualité de la certification V2014.
- par les tutelles dans le cadre du pilotage institutionnel régional ou national (CPOM, CBU, IFAQ...³) et de la diffusion publique ;
- les usagers via l'affichage des résultats dans les établissements de santé et sur le site de diffusion publique "Scope Santé" (cf. avant-propos), pour leurs démarches de recherche d'information sur la qualité des établissements de santé.

Depuis 2012, les indicateurs de qualité et de sécurité des soins sur la thématique « Prévention et prise en charge initiale des HPP »⁴ sont déployés par la HAS dans l'ensemble des maternités de France.

Ces indicateurs s'attachent à mesurer les pratiques spécifiques concernant 2 situations distinctes de prise en charge :

- la prévention de l'HPP lors de l'accouchement puisqu'une surveillance attentive et des mesures prophylactiques de l'HPP (cliniques et pharmacologiques) permettent une diminution de son incidence ;
- la prise en charge initiale de l'hémorragie du post-partum immédiat (HPPI), lors de laquelle les actions réalisées concourent à limiter le risque de complications graves secondaires à l'hémorragie.

Ces indicateurs (cf tableau ci-dessous) et leurs suivis ont pour finalité de contribuer à l'amélioration de la sécurité de la femme, de réduire les inégalités de prise en charge et d'informer les (futurs) parents de la qualité de la prise en charge dans les maternités.

³ CPOM : contrat pluriannuel d'objectif et de moyen, CBU : contrat de bon usage, IFAQ : incitation financière à l'amélioration de la qualité

⁴ Validés par l'équipe de recherche COMPAQ-HPST et les professionnels (le collège national des gynécologues obstétriciens et le collège national des sages-femmes de France), ils s'appuient sur les recommandations de 2004 et leur actualisation de décembre 2014.

Tableau 3 : Définition des indicateurs sur la Prévention et prise en charge initiale des HPP

Indicateurs	Définition
<p>Prévention de l'hémorragie lors de la délivrance après un accouchement (2 niveaux d'exigence)</p>	<p>Il évalue, au travers de la traçabilité dans le dossier, la réalisation d'une injection prophylactique d'ocytocine et le contrôle de l'état du placenta.</p> <p>Il est composé de 2 niveaux d'exigence croissante : le niveau 1 évalue le suivi des recommandations, le niveau 2 évalue en plus, la traçabilité de l'injection⁵ de l'ocytocine.</p>
<p>Surveillance clinique minimale en salle de naissance dans les 2 heures qui suivent l'accouchement</p>	<p>Il évalue, au travers de la traçabilité dans le dossier, la surveillance clinique minimale* dans les 2 heures qui suivent l'accouchement et l'examen clinique actant la sortie de la salle de naissance.</p> <p>*mesure du pouls, de la tension artérielle, évaluations de la qualité du globe utérin et des pertes sanguines, effectuées au moins à 2 reprises dans les deux heures suivant l'accouchement</p>
<p>Prise en charge initiale d'une HPPI</p>	<p>Indicateur agrégé mesurant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • le diagnostic de l'hémorragie en évaluant la traçabilité de l'heure de diagnostic et la quantification en millilitres du saignement au moment du diagnostic, le facteur temps étant primordial dans la prise en charge de l'HPP ; • Et la réalisation systématique d'un geste endo-utérin à la suite d'un diagnostic d'HPPI. Cette étape est restreinte aux HPPI secondaires à un accouchement par voie basse et dont le saignement n'est pas d'origine cervico-vaginale. <p>Il permet de rendre un résultat global concernant la première étape de la prise en charge des HPPI : le taux de patientes bénéficiant d'une prise en charge initiale des HPP intégrant les éléments recommandés.</p>

Au cours du premier semestre 2017, la HAS a coordonné la quatrième campagne de recueil de ces indicateurs, la précédente ayant eu lieu en 2015 (recueil biennal). Toutes les maternités ont utilisé la plateforme sécurisée QualHAS⁶, pour saisir les données issues des dossiers de patients, nécessaires au calcul des indicateurs.

Pour cette campagne, les indicateurs diffusés publiquement sont les suivants :

- Indicateur « prévention de l'hémorragie lors de la délivrance après un accouchement - 1er niveau d'exigence » ;
- Indicateur « surveillance clinique minimale en salle de naissance après un accouchement » ;
- Indicateur « Prise en charge initiale d'une HPPI ».

⁵ Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé

⁶ Partenariat HAS-ATIH

Ce rapport présente :

- Un descriptif de la campagne 2017 des établissements participants et des dossiers analysés,
- Les résultats nationaux 2017 par indicateur sur des données 2016 accompagnés des analyses complémentaires et des résultats comparatifs
- Le bilan et les perspectives,
- Les annexes présentent :
 - ▶ la méthode de recueil et d'analyse,
 - ▶ les statistiques descriptives et la variabilité des établissements par indicateur,
 - ▶ les moyennes des indicateurs par région,
 - ▶ les grilles utilisées pour le recueil.

Une analyse régionale des indicateurs sous forme de cartographie dynamique est disponible sur le site internet de la HAS : http://www.has-sante.fr:8080/portail/jcms/c_2571280/

Descriptif de la campagne nationale 2017

Le recueil s'est déroulé de début mars à mi-juin 2017. Chaque maternité devait recueillir l'ensemble des indicateurs du thème « Prévention et prise en charge des HPP ». En effet, les 2 groupes d'indicateurs bien qu'indépendants permettent d'avoir une lecture complète du processus de prévention et de prise en charge initiale des hémorragies du post-partum immédiat (HPPI).

Descriptifs des maternités

L'ensemble des 500 maternités françaises en activité en 2017 était concerné quel que soit leur niveau de soins (41 % de niveau 1, 45 % de niveau 2, 13 % de niveau 3⁷).

Les 500 maternités ont toutes réalisées le recueil.

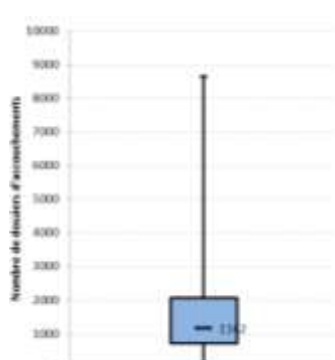
Variabilité d'activité

Les 500 maternités participantes ont une activité d'accouchements en 2016 allant de 117 à 8645 accouchements. 25% d'entre elles ont une activité comprise entre 114 et 726 accouchements et 25% ont réalisé plus de 2081 accouchements.

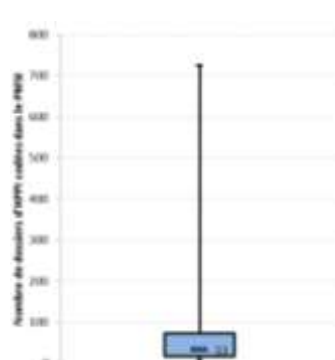
Concernant les hémorragies du post-partum, 25% en ont déclaré dans le PMSI moins de 17, 50% entre 17 et 74. Ces chiffres sont à interpréter par maternité en fonction du volume d'activité.

Tableau 4. Dispersion des maternités en fonction des accouchements réalisés en 2016 et le nombre d'HPPI codées dans le PMSI

Dispersion des maternités en fonction du nombre d'accouchements codés dans le PMSI en 2016	
minimum	117
1er quartile	726
Médiane	1162
3ème quartile	2081
maximum	8645



Dispersion des maternités en fonction du nombre d'HPPI codées dans le PMSI en 2016	
minimum	0
1er quartile	17
Médiane	33
3ème quartile	74
maximum	725



⁷ Données déclarées sur la plateforme QualHAS en 2017

Protocole de prise en charge

Chaque maternité a complété le questionnaire organisationnel disponible sur la plate-forme QualHAS portant sur des éléments d'organisation autour de la prévention et de la prise en charge de l'hémorragie du post-partum.

L'organisation déclarée par les maternités indique qu'elles disposaient, en 2016, en secteur de naissance :

- d'un protocole formalisé de prise en charge de l'HPPI dans 99,4 % des cas (497 maternités),
- d'un protocole de transfusion dans 94,6 % des cas (473 maternités).

94 % des maternités (versus 87 % en 2015 et 79 % en 2013) avaient mis en place une fiche de surveillance rapprochée d'HPPI, permettant le suivi chronologique, dans les dossiers tel que recommandé dans le rapport de l'enquête nationale sur les morts maternelles (**Erreur ! Signet non défini.**). En revanche cette fiche est présente par défaut dans les dossiers, dans 37 % de ces maternités (40 % en 2015).

L'utilisation du sac de recueil, facilitant l'évaluation des pertes sanguines, est recommandée, au sein de 99 % des maternités, pour tous les accouchements (97 % en 2015). Ce sac est gradué dans la grande majorité de ces maternités (498 maternités). L'utilisation de manière systématique après l'expulsion fœtale est précisée dans 92 % de ces maternités, et uniquement lors d'un diagnostic d'HPP dans 5 % des maternités. 3 % n'ont pas précisé son utilisation.

Dispositif d'amélioration de la qualité

Concernant l'amélioration des pratiques, en 2016 :

- 66 % (64 % en 2015) avaient mis en œuvre une ou plusieurs démarches d'évaluation des pratiques professionnelles sur le thème de l'HPP : parmi elles 86 % avaient un compte-rendu daté précisant la méthode et les étapes réalisées (87 % en 2015).
- Des revues de morbi-mortalité sur des dossiers d'obstétrique ont été réalisées dans 91 % des maternités entre janvier 2015 et février 2017 (84 % en 2015).

Descriptif de la population analysée pour le calcul des indicateurs

Le calcul de ces indicateurs est fondé sur l'analyse d'un échantillon aléatoire dans chaque maternité, de 60 dossiers d'accouchements⁸ d'une part et de 60 dossiers⁹ d'accouchements suivis d'une HPPI¹⁰ d'autre part, accouchements ayant tous eu lieu au cours de l'année 2016. Les professionnels médicaux (obstétriciens, sages-femmes) ont participé à cette analyse de dossiers dans 98,6 % des établissements (98 % en 2015).

Sur l'ensemble des maternités ce sont :

- 30 789 dossiers d'accouchements qui ont été analysés soit 24 186 dossiers d'accouchements par voie basse et 5 814 dossiers de césariennes.
- 16 822 dossiers d'HPPI analysés soit 13 801 HPPI après un accouchement par voie basse et 3 021 HPPI après une césarienne.

92% des dossiers analysés concernaient des femmes suivies dans l'établissement pour leur grossesse (âge moyen : 26 ans).

Les dossiers analysés sont informatisés entièrement à 9% et partiellement à 62%. Pour ceux informatisés partiellement, les éléments se décomposent comme suit : 19% avec un partogramme informatisé, 72% avec des prescriptions informatisées, 30% avec la partie informatisée sur le suivi du post-partum immédiat, 78% de compte-rendus informatisés de césarienne et 25% de dossiers informatisés d'anesthésie.

⁸ les résumés de sorties standardisés présentant un code Z37.x (Résultat de l'accouchement) en diagnostic associé sont tirés au sort dans la base PMSI de la maternité.

⁹ nombre maximum de dossiers analysés

¹⁰ Sont tirés au sort dans la base PMSI de la maternité, les RSA contenant un code Z37 associé à un code O72.0 (hémorragie de la délivrance) ou O72.1 (hémorragie immédiate du post-partum) en diagnostic principal, relié ou DAS.

Résultats des indicateurs

Pour chaque indicateur sont présentés :

- *la fiche descriptive de l'indicateur (définition, numérateur, dénominateur,) ;*
- *l'analyse nationale des informations recueillies :*
 - *moyenne nationale inter-établissements pondérée par l'activité des établissements ;*
 - *nombre d'établissements entrant dans le calcul de la moyenne inter-établissements de l'indicateur (ceux ayant inclus au moins 10 dossiers) ;*
 - *nombre total de dossiers évalués par l'ensemble des établissements entrant dans le calcul ;*
 - *des résultats complémentaires ;*
- *le classement des établissements par rapport à l'objectif de performance. Il permet d'objectiver le nombre et le pourcentage d'établissements pour lesquels une marge d'amélioration existe ;*
- *les principaux constats tirés de ces différents résultats.*

Indicateur « Prévention de l'hémorragie lors de la délivrance après un accouchement (DELivrance) »

Description de l'indicateur

Définition	<p>Cet indicateur, présenté sous la forme d'un taux, évalue par la traçabilité dans le dossier, la modalité de la délivrance, la réalisation d'une injection préventive d'ocytocine et le contrôle de l'état du placenta.</p> <p>Il est composé de deux niveaux d'exigence croissante : le niveau 1 évalue le suivi des recommandations. Le niveau 2 évalue en plus la traçabilité de l'injection* de l'ocytocine.</p> <p>*Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé.</p>
Recommandations	<p>L'actualisation des recommandations en 2014 précise 3 :</p> <p>« Accouchement par voie basse : L'administration préventive d'utérotoniques est efficace pour réduire l'incidence des HPP et l'ocytocine est le traitement à privilégier (grade A). Elle peut être administrée soit au dégainement des épaules ou rapidement après la naissance, soit après la délivrance si non réalisée précédemment (grade B). La dose de 5 ou 10 UI peut être administrée (grade A), par voie IV ou IM (accord professionnel). En IV, il est préférable de réaliser une injection intraveineuse lente (IVL) (sur une durée d'environ une minute) même s'il n'y a pas de données pour contre-indiquer les injections en bolus IV (injection en IV rapide sur 1 à 2 secondes) chez la patiente sans facteur de risque cardiovasculaire (accord professionnel) (...).</p> <p>Accouchement par césarienne : (...) La délivrance par traction contrôlée du cordon est associée à des pertes sanguines moins importantes que la délivrance manuelle (grade B). Une injection en IV lente sur au moins une minute de 5 à 10 UI d'ocytocine est recommandée (grade A). (...) »</p> <p>Les recommandations de 2004 indiquent que 2 : « Il est recommandé de réaliser systématiquement (...) un examen du placenta afin de vérifier s'il est complet. La rétention de cotylédons ou de membranes indique une révision utérine (accord professionnel) »</p>
Numérateur	<p>Niveau 1</p> <p>Nombre de dossiers d'accouchement comportant la modalité de la délivrance, la trace d'une injection préventive d'ocytocine et, en cas de voie basse, une conclusion de l'examen du placenta.</p> <p>Niveau 2</p> <p>Nombre de dossiers d'accouchement comportant la modalité de la délivrance, la trace d'une injection prophylactique d'ocytocine (précisant l'heure, la dose et la voie d'administration) et, en cas de voie basse, une conclusion de l'examen du placenta.</p>
Dénominateur	<p>Nombre total de dossiers d'accouchements (cf. partie échantillon page 1).</p>
Critères d'exclusion	<p>-</p>
Type d'indicateur	<p>Indicateur de processus. Ajustement sur le risque : non</p>

Mode d'évaluation de l'indicateur « DEL »	Recueil rétrospectif sur dossier. Pour chaque dossier, l'ensemble des éléments demandés sont recherchés et le ratio [éléments retrouvés sur éléments recherchés] est calculé. L'indicateur est la moyenne des ratios calculés sur les dossiers analysés.
Comparaison à l'objectif national de performance	Uniquement pour le niveau 1 : objectif fixé à 80 % soit 8 dossiers sur 10 comportant les informations demandées.
Diffusion publique	Diffusion publique des résultats du niveau 1 (résultat par établissement sur www.scopesante.fr)

Analyse nationale des informations recueillies

Tableau 5. Indicateur « Prévention de l'hémorragie lors de la délivrance après un accouchement » - Résultats de la campagne 2017 - données 2016

Campagne 2017 – données 2016		
Moyenne nationale pondérée La moyenne pondérée prend en compte le poids de chaque maternité	Niveau 1 : 89% Niveau 2 : 68%	
Ensemble des dossiers évalués	Nombre de maternités	500
	Nombre de dossiers	30 000

La moyenne nationale pondérée de l'indicateur niveau 1 a progressé de 4 points entre les deux campagnes, de 13 points pour celle du niveau 2. Les maternités continuent globalement amélioré leur pratique. Cela se traduit au niveau des éléments mesurés par une meilleure traçabilité de la délivrance dirigée que ce soit la mention de la délivrance dirigée ou la trace de l'injection d'ocytocine ainsi que son enregistrement.

Néanmoins en 2017, le résultat national du niveau 1 de l'indicateur indique que tous les dossiers analysés ne contiennent pas encore l'ensemble des éléments demandés. Les éléments manquants dans les dossiers se répartissent de la manière suivante :

- la modalité de délivrance est non tracée dans moins de 1 % des dossiers (soit 107 dossiers) ;
- la conclusion de l'examen du placenta est non tracée dans 5 % des dossiers (1 296 dossiers) ;
- aucune information sur la prophylaxie par l'ocytocine n'est retrouvée dans 7 % des dossiers (2 196 dossiers). En effet pour ces dossiers, il n'est retrouvé dans le dossier de la parturiente ni la mention de la délivrance dirigée ni la trace explicite de l'injection d'ocytocine (entre le dégagement de l'épaule antérieure de l'enfant et quelques minutes après la délivrance). Seule une maternité a plus de 50% de ses dossiers sans aucune trace de prophylaxie. Elles étaient 10 en 2015, 25 en 2013.

L'ocytocine étant un médicament, il est attendu que son administration soit enregistrée dans le dossier (nom de la molécule, heure ou moment de l'administration, dose, voie d'administration). Les éléments manquants pour le niveau 2 se décomposent comme suit :

- Dans 15 % des dossiers il n'y a aucun enregistrement de l'administration du médicament.
- Dans 14 % des dossiers, l'injection est tracée (ex : synto à l'épaule, etc.) mais l'enregistrement de l'administration est incomplet : 44 % de ces dossiers n'ont pas l'heure d'injection, 8 % la dose, 67 % la voie d'administration.

Classement des établissements

Distribution des établissements en fonction de leurs résultats

La grande majorité des maternités ont de bons résultats concernant le premier niveau d'exigence de cet indicateur, seul un quart d'entre elles ont un résultat inférieur à 85% (cf. annexe 2, Tableau 14). Elles sont en revanche 50 % à avoir un résultat inférieur à 73 % pour le niveau 2 qui est plus exigeant sur la traçabilité de l'injection médicamenteuse (cf. annexe 2, Tableau 15).

Ces résultats sont en progression par rapport à la campagne précédente.

Classement des établissements en fonction de l'objectif de performance

Seul le niveau 1 de cet indicateur est comparé à l'objectif de performance et diffusé publiquement.

En 2017, 93 % des maternités ont atteint ou dépassé l'objectif de performance alors qu'elles étaient 89 % en 2015.

Tableau 6. Positionnement par rapport à l'objectif national de performance de 80 %




Données 2016	Indicateur : Prévention de l'hémorragie lors de la délivrance après un accouchement-Niveau 1						
	Objectif de performance dépassé Classe A		Objectif de performance atteint Classe B		Objectif de performance non atteint Classe C		Total
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	
	293	58	174	35	33	7	500

Le niveau 2 de l'indicateur n'est pas diffusé publiquement, bien qu'il permette la comparaison inter-établissements. Il est cependant possible de comparer les maternités par rapport à l'objectif de performance qui est fixe dans le temps : 95 maternités soit 19% ont un résultat strictement supérieur à l'objectif, 201 maternités ont un résultat similaire soit 40%, et 204 ont un résultat inférieur à l'objectif soit 41%.

Classement des établissements en fonction de l'évolution de leurs résultats

Par rapport à la campagne 2015, 105 maternités ont statistiquement amélioré leur résultat, 354 sont restées stables et 32 ont un résultat statistiquement en baisse.

Tableau 7. Positionnement par rapport à l'évolution des résultats entre les deux dernières campagnes (2015-2017)

Sens de l'évolution	Indicateur : Prévention de l'hémorragie lors de la délivrance après un accouchement-Niveau 1						Total
							
Données	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	N
2016	105	21 ^k	354	72	32	7	491*

^k Lire : 21 % des maternités ont une évolution positive statistiquement significative de leur résultat par rapport à la campagne précédente

Sens de l'évolution	Indicateur : Prévention de l'hémorragie lors de la délivrance après un accouchement-Niveau 2						Total
	↗		→		↘		
Données	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	N
2016	216	44	225	46	50	10	491*

* Parmi les 500 maternités en activité en 2017, 9 n'avaient pas de résultats 2015 disponibles (nouvelle entité).

Principaux constats sur les résultats de l'indicateur « Prévention de l'hémorragie lors de la délivrance après un accouchement »

- La moyenne nationale pondérée de l'indicateur diffusé publiquement en 2017 est de 89 %, ce qui signifie que la traçabilité est, au niveau national, correcte pour près de 9 dossiers sur 10. Elle a progressé de 4 points entre les deux campagnes.
- Les maternités ont surtout porté leurs actions d'amélioration sur la prophylaxie par ocytocine. Ceci se constate sur le niveau 2 de l'indicateur dont la moyenne pondérée atteint 68 % suite à une progression de 13 points.
- Ces efforts sont visibles dans le classement des maternités par rapport à l'objectif de performance puisque plus de 9 maternités sur 10 ont atteint ou dépassé l'objectif de performance fixé, contre 8 sur 10 en 2013.
- Néanmoins des marges d'amélioration sont encore possibles puisque l'absence totale de trace d'une prophylaxie par ocytocine est encore constatée dans 7 % des dossiers (1 296 dossiers) bien que cette molécule soit reconnue comme un élément majeur de la prévention de la survenue d'HPP. Mais il est à noter qu'ils représentaient 11 % de dossiers en 2015.

Indicateur « Surveillance clinique minimale en salle de naissance après l'accouchement (SURMIN) »

Description de l'indicateur

<p>Définition</p>	<p>Cet indicateur, présenté sous la forme d'un taux, évalue la surveillance clinique minimale dans les 2 heures* qui suivent l'accouchement et l'examen médical autorisant la sortie de la patiente de la salle de naissance.</p> <p>*La surveillance clinique minimale demandée est composée de 4 paramètres : mesure du pouls, de la tension artérielle, évaluations de la qualité du globe utérin et des pertes sanguines effectuées au moins à 2 reprises dans les deux heures suivant l'accouchement.</p> <p>Le rythme de la traçabilité minimale n'a pas été modifié suite à la mise à jour des recommandations fin 2014, afin de permettre aux maternités de suivre leur action d'amélioration sur ce point</p>
<p>Recommandations</p>	<p>Code de la santé publique - Article D6124-40 :</p> <p>« La salle de travail est aménagée de manière que la parturiente bénéficie d'une surveillance clinique et paraclinique du déroulement du travail, de la phase d'expulsion et de la délivrance. Cette surveillance se prolonge dans les deux heures qui suivent la naissance »</p> <p>Les recommandations 2014 détaillent par rapport à celle de 2004 :</p> <p>« (...) Les données de cette surveillance sont analysées à intervalles réguliers et reportées dans le dossier médical, rythme adapté à la situation clinique et aux FDR. Elle comprend pouls, TA, saignements et globe utérin. Elle est reportée sur le partogramme dès que cela est possible ou un document spécifique. » 5</p> <p>« Une surveillance maternelle en SSPI est recommandée pendant une durée minimale de deux heures. La précocité du diagnostic d'HPP dépend de la qualité de la surveillance en SSPI. (...) Le suivi en SSPI comporte la surveillance non spécifique d'un réveil anesthésique (constantes hémodynamiques, diurèse, température, volume des drains éventuels...) ainsi que la surveillance spécifique liée à la césarienne qui doit porter sur : l'abondance des saignements vaginaux extériorisés, le volume et la tonicité utérine, l'aspect de la paroi abdominale (...).</p> <p>Les informations recueillies doivent être rapportées sur la fiche de surveillance postopératoire (accord professionnel). Le contrôle de la rétraction utérine est réalisé sous la responsabilité de l'obstétricien ayant réalisé la césarienne. La rétraction utérine doit être vérifiée au minimum toutes les 30 minutes durant les 2 heures de surveillance post-partum en SSPI (accord professionnel). » 6</p>
<p>Numérateur</p>	<p>Nombre de dossiers d'accouchement comportant la trace de la surveillance clinique minimale* ainsi que la trace de l'examen médical autorisant la sortie de la salle de naissance</p> <p>* mesure du pouls, de la tension artérielle, évaluations de la qualité du globe utérin et des pertes sanguines effectuées au moins à 2 reprises dans les deux heures suivant l'accouchement.</p>
<p>Dénominateur</p>	<p>Nombre total de dossiers d'accouchements (cf. partie échantillon page 1).</p>

Critères d'exclusion	-
Type d'indicateur	Indicateur de processus. Ajustement sur le risque : non.
Mode d'évaluation de l'indicateur « DEL »	Recueil rétrospectif sur dossier. Pour chaque dossier, l'ensemble des éléments demandés sont recherchés et le ratio [éléments retrouvés sur éléments recherchés] est calculé. L'indicateur est la moyenne des ratios calculés sur les dossiers analysés.
Comparaison à l'objectif national de performance	Objectif fixé à 80 % soit 8 dossiers sur 10 comportant les informations demandées.
Diffusion publique	Diffusion publique des résultats (résultat par établissement sur www.scopesante.fr)

Analyse nationale des informations recueillies

Tableau 8. Indicateur « Surveillance clinique minimale en salle de naissance après l'accouchement » - Résultats de la campagne 2017 - données 2016

Campagne 2017 – données 2016		
Moyenne nationale pondérée La moyenne pondérée prend en compte le poids de chaque maternité	70 %	
Ensemble des dossiers évalués	Nombre de maternités	500
	Nombre de dossiers	30 000

L'indicateur a progressé de 5 points entre les deux campagnes. Cela se traduit par une meilleure traçabilité de l'ensemble des constantes à relever (entre +4 et +6 points suivant la constante).

Par type d'accouchement, le pourcentage global de dossiers comportant tous les éléments demandés se répartit comme suit :

- Césarienne (N = 5 814) : 64 % de dossiers conformes
- Voie basse (N = 24 186) : 72 % de dossiers conformes

La moyenne nationale pondérée indique que les dossiers analysés ne contiennent pas tous l'ensemble des éléments demandés :

- L'examen médical autorisant la sortie de la salle de naissance n'est pas retrouvé dans 16 % des dossiers (taux stable).
- 20 % des dossiers n'ont pas une surveillance complète (éléments tracés 2 fois dans les 2 heures) contre 28 % en 2015. Le détail de la traçabilité des informations retrouvées dans les dossiers est le suivant :

Paramètres	Pouls	Tension	Globe	Perte
Information tracée au moins 2 fois dans les 2 heures	86%	92%	92%	92%
Information présente 1 seule fois	7%	5%	4%	5%
Information absente	7%	3%	4%	4%

Classement des établissements

Distribution des établissements en fonction de leurs résultats

La variabilité inter-maternités est grande sur cet indicateur comme le montrent les statistiques descriptives du Tableau 16 en annexe 2. 50 % des maternités ont un résultat inférieur à 77 %.

Classement des établissements en fonction de l'objectif de performance

63% des maternités ont atteint ou dépassé l'objectif de performance en 2017. Elles étaient 51 % en 2015 et 28 % en 2013.




Tableau 9. Positionnement par rapport à l'objectif national de performance de 80 %

Données 2016	Indicateur : Surveillance clinique minimale en salle de naissance après l'accouchement						Total
	Objectif de performance dépassé Classe A		Objectif de performance atteint Classe B		Objectif de performance non atteint Classe C		
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	
	78	16	236	47	186	37	500

Classement des établissements en fonction de l'évolution de leurs résultats

Les efforts réalisés par les maternités se traduisent aussi par le fait que 31 % d'entre elles ont amélioré leur résultat. 68 maternités (14 %) ont un résultat statistiquement en baisse par rapport à 2015.

Tableau 10. Positionnement par rapport à l'évolution des résultats entre les deux dernières campagnes (2015-2017)

Sens de l'évolution	Indicateur : Surveillance clinique minimale en salle de naissance après l'accouchement						Total
							
Données 2016	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	N
	151	31	272	55	68	14	491*

* Parmi les 500 maternités en activité en 2017, 9 n'avaient pas de résultats 2015 disponibles (nouvelle entité).

Principaux constats sur les résultats de l'indicateur « Surveillance clinique minimale en salle de naissance après l'accouchement »

- La moyenne nationale pondérée de cet indicateur diffusé publiquement en 2017 est de 70 %. Elle a progressé de +5 points entre les deux campagnes.
- L'amélioration des maternités a porté sur l'ensemble des éléments demandés.
- Ces efforts sont visibles dans le classement des maternités par rapport à l'objectif de performance puisqu'en 2017, 6 maternités sur 10 ont atteint ou dépassé l'objectif de performance fixé contre 5 sur 10 en 2015 (3 sur 10 en 2013).
- Néanmoins les marges d'amélioration existent encore puisque :
 - Environ 3 dossiers sur 10 ne contiennent pas l'ensemble des éléments demandés et jugés comme le minimum indispensable composant la surveillance. Il est à souligner que 8 % des dossiers ont encore une traçabilité de l'évaluation du globe utérin insuffisante, de même pour la traçabilité de l'évaluation des pertes sanguines. Pour plus d'un dossier sur 10, l'examen de sortie de la salle de naissance n'est pas tracé.
 - Près de 4 maternités sur 10 n'ont pas encore atteint la cible minimale d'avoir au moins 8 femmes sur 10 pour lesquelles la surveillance clinique minimale et l'examen de sortie sont retrouvés dans le dossier

Indicateur « Prise en charge initiale de l'HPPI (PECI HPPI) »

Description de l'indicateur

Définition	<p>Cet indicateur est mesuré à partir des dossiers d'accouchements au cours desquels est survenue une HPPI.</p> <p>Présenté sous la forme d'un taux, il évalue la quantification de l'hémorragie au moment du diagnostic par la traçabilité de l'heure du diagnostic et la quantification en millilitres du saignement au moment du diagnostic, et la réalisation systématique d'un geste endo-utérin* à la suite d'un diagnostic d'HPPI.</p> <p>*L'évaluation de la réalisation du geste endo-utérin ne concerne que les accouchements par voie basse au cours desquels est survenue une HPPI dont l'origine n'est pas exclusivement cervicovaginale</p>
Recommandations	<p>Partie diagnostic et quantification :</p> <p>Les recommandations de 2004 indiquent que :</p> <p>« Le facteur temps étant primordial, il est important de noter l'heure initiale du diagnostic de l'hémorragie, d'évaluer quantitativement les pertes sanguines, et de débiter un relevé chronologique des éléments de surveillance et de prise en charge sur une feuille spécifique (accord professionnel). »</p> <p>Les recommandations de 2014 précisent :</p> <p>« La prise en charge et les éléments de surveillance d'une HPP doivent être consignés sur une feuille de surveillance spécifique (accord professionnel). »^{3,6}</p> <p>- Accouchement par voie basse : « Le diagnostic de l'HPP nécessite d'évaluer au plus près le volume sanguin perdu après l'accouchement (...). L'heure du diagnostic de l'hémorragie doit être notée » ⁵</p> <p>- Accouchement par césarienne : « Les pertes sanguines en cours de césarienne sont difficiles à évaluer. L'estimation des pertes par la mesure du volume aspiré duquel on retire le volume de liquide amniotique associé à la pesée des compresses imbibées est la méthode à utiliser en pratique (accord professionnel).</p> <p>Le saignement évacué par la filière génitale doit également être comptabilisé (accord professionnel). » ³</p> <p>« Le diagnostic d'HPP est facile en cas d'hémorragie génitale extériorisée. Il est plus difficile en son absence (hémorragie intra-abdominale ou rétro-péritonéale). Les signes indirects (malaise, hypotension...) revêtent alors toute leur importance. Le volume des saignements extériorisés doit être quantifié (pesée des champs). » ⁶</p> <p>Partie sur les gestes end-utérins :</p> <p>Les recommandations 2004 indiquent que :</p> <p>« Si la délivrance n'a pas eu lieu, une délivrance artificielle effectuée sous anesthésie est impérative pour permettre d'obtenir la vacuité utérine (accord professionnel). Si elle a déjà eu lieu, la révision utérine s'impose, même si la délivrance semble complète (accord professionnel) ».</p> <p>Celles de 2014 ne précisent rien de plus.</p>

Numérateur	Nombre de dossiers d'HPPI comportant l'heure du diagnostic d'HPP, la quantification du saignement exprimée en millilitre et, en cas de voie basse avec une hémorragie non exclusivement d'origine cervico-vaginale, la trace de la réalisation d'un geste endo-utérin (soit une délivrance artificielle ou soit une révision utérine) au décours du diagnostic d'HPP.
Dénominateur	Nombre total de dossiers d'accouchements (cf. partie échantillon page 1).
Critères d'exclusion	-
Type d'indicateur	Indicateur de processus. Ajustement sur le risque : non.
Mode d'évaluation de l'indicateur	Recueil rétrospectif sur dossier. Pour chaque dossier, l'ensemble des éléments demandés sont recherchés et le ratio [éléments retrouvés sur éléments recherchés] est calculé. L'indicateur est la moyenne des ratios calculés sur les dossiers analysés.
Comparaison à l'objectif national de performance	Objectif fixé à 80 % soit 8 dossiers sur 10 comportant les informations demandées.
Diffusion publique	Diffusion publique des résultats (résultat par établissement sur www.scopesante.fr)

Analyse nationale des informations recueillies

Le nombre d'accouchements dans chaque maternité permet aisément d'obtenir 60 dossiers à analyser, alors que la fréquence des HPPI rend plus difficile l'atteinte du nombre minimum de 10 dossiers permettant la comparaison sur le plan statistique. Par conséquent, parmi les 500 maternités, 434 avaient plus de 10 dossiers d'HPPI identifiés via le PMSI et de ce fait, participent au calcul de la moyenne nationale.

Tableau 11. Indicateur « Prise en charge initiale de l'HPPI » - Résultats de la campagne 2017 - données 2016

Campagne 2017 – données 2016		
Moyenne nationale pondérée La moyenne pondérée prend en compte le poids de chaque maternité ayant au moins une hémorragie du post partum déclarée dans le PMSI		80 %
Ensemble des dossiers évalués	Nombre de maternités	500
	Nombre de dossiers	16 822
Maternités avec plus de 10 dossiers d'HPPI	Nombre de maternités	434
	Nombre de dossiers	16 483

Résultats complémentaires

L'indicateur a progressé de 6 points entre les deux campagnes. Cela se traduit par une meilleure traçabilité de l'ensemble des constantes à relever.

Par type d'accouchement, le pourcentage global de dossiers comportant tous les éléments demandés se répartit comme suivant :

- Césarienne (N = 3 021) : 66 % de dossiers conformes (59% en 2015)
- Voie basse (N = 13 801) : 80 % de dossiers conformes (75% en 2015)

Plusieurs éléments composent l'indicateur. Leur absence dans les dossiers se répartit de la manière suivante :

- l'heure de diagnostic est absente dans 11 % des dossiers (12% en 2015),
- la quantification du saignement en ml au moment du diagnostic n'est pas tracée dans 12 % des dossiers. En 2015, 17 % des dossiers ne contenaient pas cette information.

Parmi les dossiers d'HPPI analysés, 11 541 correspondaient à des accouchements par voie basse dont l'origine du saignement n'est pas uniquement cervico-vaginale. Pour ces dossiers, la réalisation d'un geste endo-utérin est absente dans 8 % des dossiers.

Le détail des éléments manquants en 2017 par type d'accouchement est le suivant :

Éléments manquants – nombre de dossiers analysés	Césarienne 3 021	Voie basse 13 801
Heure du diagnostic absente	766 (25%)	1 042 (7,5%)
Quantification en ml absente	639 (21%)	1 431 (10%)
Il n'y a ni trace de délivrance artificielle ni trace de révision utérine	-	958 (8%)

Parmi ces constantes, la traçabilité de la quantification par ml est celle pour laquelle les résultats ont le plus progressé quel que soit le type d'accouchement : -9 points de quantification manquante en cas de césarienne et -5 points en cas de d'accouchement par voie basse.

Classement des établissements

Distribution des établissements en fonction de leurs résultats

Comme le montrent les statistiques descriptives du Tableau 17 en annexe 2, la variabilité inter-maternités est grande sur cet indicateur : 50 % des maternités ont un résultat inférieur à 83 % (minimum à 6%).

Classement des établissements en fonction de l'objectif de performance

80 % des maternités ont atteint ou dépassé l'objectif de performance en 2017 (70 % en 2015).

Tableau 12. Positionnement par rapport à l'objectif national de performance de 80 %

Données 2016	Indicateur : Prise en charge initiale de l'HPPI						
	Objectif de performance dépassé Classe A		Objectif de performance atteint Classe B		Objectif de performance non atteint Classe C		Total
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	
	69	16	275	64	90	20	434

Classement des établissements en fonction de l'évolution de leurs résultats

Les efforts réalisés par les maternités se traduisent aussi par le fait que 20 % d'entre elles ont amélioré leur résultat significativement. 27 maternités (6 %) ont un résultat statistiquement en baisse par rapport à celui de 2015.

Tableau 13. Positionnement par rapport à l'évolution des résultats entre les deux dernières campagnes (2015-2017)

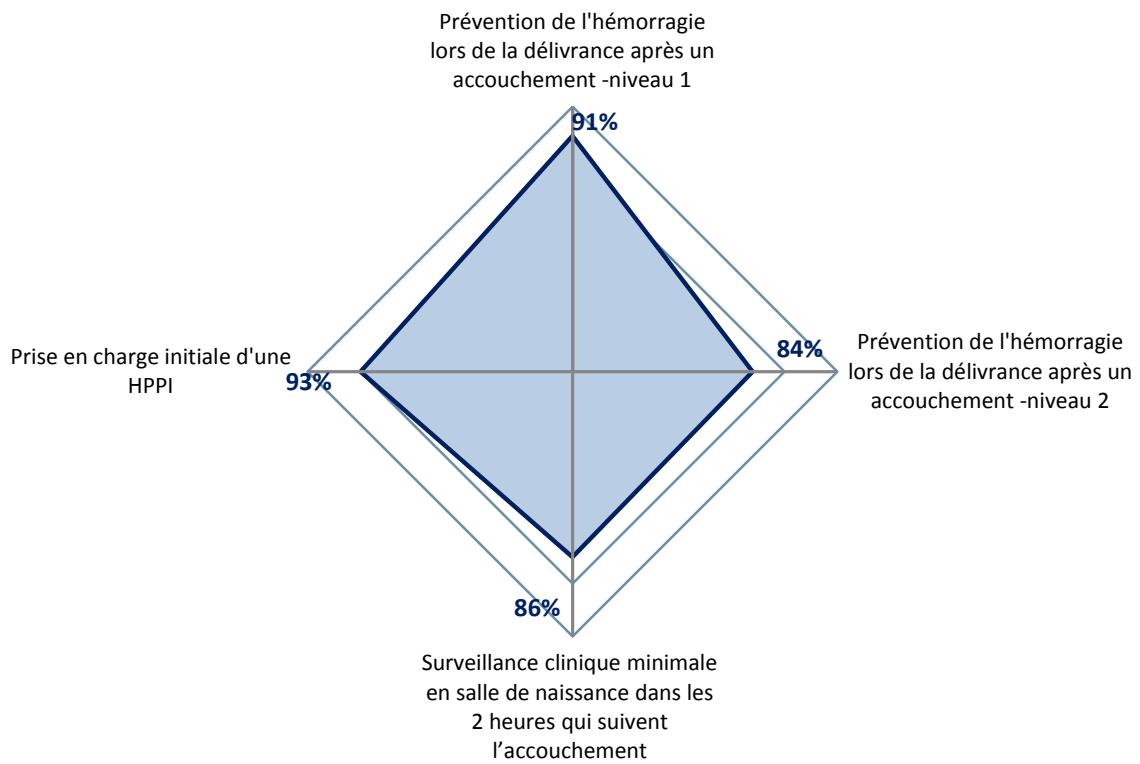
Sens de d'évolution	Indicateur : Prise en charge initiale de l'HPPI						Total
	↗		→		↘		
Données	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	N
2016	80	20	301	74	27	6	408*

* Seules 408 maternités disposent de résultats en 2015, permettant le calcul de l'évolution.

Principaux constats sur les résultats de l'indicateur « Prise en charge initiale de l'HPPI »

- La moyenne nationale pondérée de l'indicateur diffusé publiquement en 2017 est de 80 %. Elle a progressé de 6 points.
- 8 maternités sur 10 ont atteint ou dépassé l'objectif de performance fixé à 80 %.
- L'amélioration a porté sur la traçabilité de la quantification en ml des saignements (+5 points), qui était l'élément le moins bien tracé. Le pourcentage de dossiers sans horaire de diagnostic est stable (11 %), ainsi que celui de dossiers ayant eu une HPP d'origine non cervico-vaginale sans geste endo-utérin tracés.
- Les marges d'amélioration existent encore puisque :
 - Seulement 8 femmes sur 10 ont un dossier contenant l'ensemble des éléments demandés.
 - Les éléments demandés relatifs au facteur temps et au suivi des pertes sanguines, primordiaux dans le choix de la stratégie thérapeutique à mettre en œuvre, sont moins souvent tracés lors d'une HPPI survenant après un accouchement par césarienne qu'à la suite d'un accouchement par voie basse.

Figure 1. Ensemble des résultats des indicateurs du thème « prévention et prise en charge de l'HPPI » - campagne 2017



Bilan et perspectives

En décembre 2014, le CNGOF et le CNSF ont publié la mise à jour des recommandations pour la pratique clinique dans le cas de l'hémorragie du post-partum que ce soit sur le plan de la prévention ou de celui de la prise en charge. Faisant suite aux recommandations de 2004, elles ont réaffirmé certaines pratiques et notamment celles suivies par les indicateurs de qualité et de sécurité des soins sur la prévention et la prise en charge de l'HPP recueillis depuis 2012.

En 2017, 500 établissements de santé ont l'autorisation sanitaire de pratiquer l'obstétrique. Ils se sont tous soumis au recueil de ces indicateurs portant sur l'activité 2016. Ce sont en tout près de 46 800 dossiers qui ont été analysés pour les calculs des indicateurs de qualité et de sécurité des soins en obstétrique.

Au nombre de 3, ces indicateurs sont diffusés publiquement et permettent à la fois aux professionnels travaillant dans le domaine de l'obstétrique de dresser un état des lieux de leur pratique concernant des points clés de la prévention et la prise en charge des HPP, mais également d'informer le grand public sur la qualité des prises en charge en maternités.

Les maternités mettent en œuvre leur démarche d'amélioration de leur pratique, en suivant les recommandations, comme le démontre l'évolution de leurs résultats de cette 4^{ème} campagne de recueil.

► Leur organisation est structurée

- Près de 9 maternités sur 10 ont mis en place une fiche de surveillance chronologique de suivi en cas d'HPP et près de 4 sur 10 l'ont intégré à leur dossier de manière systématique.
- 99 % des maternités préconisent à leur équipe l'utilisation d'un sac de recueil pour quantifier les pertes sanguines : 9 sur 10 demandent qu'il soit utilisé dès l'expulsion fœtale.
- Elles sont toujours la même proportion à organiser des EPP sur la thématique de l'hémorragie du post-partum. De même, elles sont toujours plus nombreuses à avoir mis en œuvre des revues de morbi-mortalité en obstétrique.

► Au niveau national, les résultats des 3 indicateurs sont en augmentation

- La moyenne nationale pondérée de l'indicateur « Prévention de l'hémorragie lors de la délivrance après un accouchement » a atteint 89 %, en progression de +4 points entre les deux campagnes.
- Celle de l'indicateur « Surveillance clinique minimale en salle de naissance » est de 70 %. Il a progressé de +5 points entre les deux campagnes.
- La moyenne nationale pondérée de l'indicateur agrégé « Prise en charge initiale de l'HPPI » est de 80 %, en progression de +6 points entre les deux campagnes

► Les efforts portant sur l'amélioration des pratiques doivent se poursuivre

Si toutes les moyennes nationales sont en progression, des éléments sont encore à améliorer :

- Pour l'indicateur « Prévention de l'hémorragie lors de la délivrance après un accouchement », 9 maternités sur 10 ont atteint ou dépassé l'objectif de performance fixé. Néanmoins, des marges d'amélioration sont encore possibles puisque l'absence totale de trace d'une prophylaxie par ocytocine est encore constatée dans 7 % des dossiers (2 196 dossiers), bien que cette molécule soit reconnue comme un élément majeur de la prévention de la survenue d'HPP.
- Environ 3 dossiers sur 10 ne contiennent toujours pas l'ensemble des éléments demandés et jugés comme le minimum indispensable composant la surveillance après l'accouchement. 50 % des maternités ont moins de 7 dossiers sur 10 dans lesquelles la surveillance clinique minimale après l'accouchement est complète.
- 8 femmes sur 10 ont un dossier contenant l'ensemble des éléments demandés pour la prise en charge initiale de l'HPPI. Les éléments relatifs au facteur temps et au suivi des pertes sanguines primordiaux dans le choix de la stratégie thérapeutique à mettre en œuvre, sont moins souvent tracés lors d'une HPPI survenant après un accouchement par césarienne qu'à la suite d'un accouchement par voie basse.

► **Les axes d'amélioration déductibles des résultats de la campagne 2017 sont peu différents de ceux de 2015.**

Il est nécessaire de poursuivre la systématisation des actions suivantes et leur traçabilité dans le dossier des patientes :

- la prophylaxie par ocytocine,
- l'application de la surveillance clinique minimale recommandée,
- et la réalisation des premières actions permettant de limiter les complications graves de l'HPP.

Cette quatrième campagne met en évidence les efforts réalisés par la majorité des maternités au cours des 5 dernières années en se basant sur des mesures fiables. Elle permet une fois de plus à l'ensemble des maternités de disposer d'un état des lieux des pratiques en salle de naissance, mais surtout de comparer leurs résultats avec ceux de la campagne précédente et d'objectiver les améliorations réalisées quant à la prise en charge des parturientes.

La dynamique d'amélioration des maternités dans leur ensemble concernant la prévention et la prise en charge de l'HPP est indéniable au travers des résultats des IQSS et de leurs évolutions. Cette mise en lumière des efforts fournis par le résultat des indicateurs souligne la pertinence des IQSS suivis, qui ont pour finalité de contribuer à l'amélioration de la sécurité de la femme, réduire les inégalités de prise en charge et d'informer les (futurs) parents de la qualité de la prise en charge dans les maternités.

Les suites de ces travaux sont les suivantes :

- Utilisation des résultats dans le dispositif de certification des établissements de santé : les résultats des IQSS sont utilisés dans le dispositif de certification des établissements de santé, notamment dans le Compte Qualité des maternités dans la thématique du secteur naissance : les résultats insatisfaisants de certaines maternités seront l'objet d'échanges avec la HAS afin d'évaluer les démarches d'amélioration des pratiques.
- Evolution de ces indicateurs : Suite aux 4 campagnes de recueil, les indicateurs doivent être rediscutés avec les sociétés savantes et les usagers soit pour évoluer soit pour être suspendu.
- Développement d'autres indicateurs comme ceux de mesure de la satisfaction en maternité.

Résultats 2017 du contrôle qualité du recueil des indicateurs du thème « Prévention et prise en charge de l'hémorragie du post-partum immédiat » dans le cadre de l'orientation nationale d'inspection contrôle (ONIC)

Résultats du contrôle qualité du recueil

15 ARS sur les 17 ARS (88 %) ont participé à l'ONIC 2017. Au total, 500 maternités ont participé à la campagne nationale de recueil des indicateurs du thème « Prévention et prise en charge de l'hémorragie du post-partum immédiat » : parmi elles, 57 ont été contrôlées par une ARS (11 %).

Indicateurs du thème «Prévention et prise en charge de l'hémorragie du post-partum immédiat »	Nombre de maternités dont le recueil est non validé par le contrôle
Indicateur : Prévention de l'hémorragie lors de la délivrance après un accouchement- niveau1	2 maternités (3,5 % du total des maternités contrôlées)
Indicateur : Surveillance clinique minimale en salle de naissance dans les 2 heures qui suivent l'accouchement	4 maternités * (7 % du total des maternités contrôlées)
Indicateur : Prise en charge initiale d'une hémorragie du post-partum immédiat	7 maternités (13 % du total des maternités contrôlées)

**Lecture du tableau : Pour 4 établissements, le contrôle réalisé par l'ARS n'a pas validé le recueil réalisé pour l'indicateur « surveillance clinique minimale en salle de naissance après un accouchement ».*

Impact du contrôle qualité du recueil sur la diffusion publique

La liste des indicateurs soumis à diffusion publique fait l'objet d'un arrêté annuel ([arrêté du 10 février 2017](#)). Le nombre et le type d'indicateurs à contrôler diffèrent d'une année à l'autre. Cet arrêté annuel fixe les conditions dans lesquelles l'établissement de santé met à la disposition du public les résultats, publiés chaque année, des indicateurs de qualité et de sécurité des soins le concernant.

Les résultats des indicateurs nationaux, listés dans l'arrêté ministériel sus cité, sont diffusés publiquement après contrôle sur le site internet de diffusion publique sur la qualité de la prise en charge en établissements « Scope Santé » (www.scopesante.fr) à compter du mois de décembre de chaque année.

Les résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins calculés à partir du dossier patient ne sont pas recalculés lorsque le recueil est « non validé » suite au contrôle réalisé par l'ARS, pour des questions de faisabilité. Le résultat est supprimé et la mention recueil « non validé » apparaît sur Scope Santé. L'annulation du résultat a des conséquences sur la diffusion publique, la certification, l'incitation financière à la qualité et autres utilisations.

Pour en savoir plus :

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1637882/fr/controle-qualite-du-recueil-des-indicateurs-nationaux

Table des illustrations

Tableau 1 : Résultats moyens nationaux et évolution des indicateurs sur la prévention et la prise en charge de l'HPP – Campagne 2017 - données 2016	8
Tableau 2: Pourcentage de maternités ayant atteint ou dépassé l'objectif de performance fixé à 80%* par indicateur diffusé publiquement et évolution – Campagne 2017 - données 2016.....	9
Tableau 3 : Définition des indicateurs sur la Prévention et prise en charge initiale des HPP	12
Tableau 4. Dispersion des maternités en fonction des accouchements réalisés en 2016 et le nombre d'HPPI codées dans le PMSI.....	14
Tableau 5. Indicateur « Prévention de l'hémorragie lors de la délivrance après un accouchement » - Résultats de la campagne 2017 - données 2016	18
Tableau 6. Positionnement par rapport à l'objectif national de performance de 80 %	19
Tableau 7. Positionnement par rapport à l'évolution des résultats entre les deux dernières campagnes (2015-2017).....	19
Tableau 8. Indicateur « Surveillance clinique minimale en salle de naissance après l'accouchement » - Résultats de la campagne 2017 - données 2016	22
Tableau 9. Positionnement par rapport à l'objectif national de performance de 80 %	23
Tableau 10. Positionnement par rapport à l'évolution des résultats entre les deux dernières campagnes (2015-2017).....	23
Tableau 11. Indicateur « Prise en charge initiale de l'HPPI » - Résultats de la campagne 2017 - données 2016	26
Tableau 12. Positionnement par rapport à l'objectif national de performance de 80 %	27
Tableau 13. Positionnement par rapport à l'évolution des résultats entre les deux dernières campagnes (2015-2017).....	28
Figure 1. Ensemble des résultats des indicateurs du thème « prévention et prise en charge de l'HPPI » - campagne 2017	29
Tableau 14 et Graphique 1. Indicateur « Prévention de l'hémorragie lors de la délivrance après un accouchement - Niveau 1 » - Statistiques descriptives de la variabilité nationale - Campagne 2017 - données 2016	38
Tableau 15 et Graphique 2. Indicateur « Prévention de l'hémorragie lors de la délivrance après un accouchement - Niveau 2 » - Statistiques descriptives de la variabilité nationale - Campagne 2017 - données 2016	38
Tableau 16 et Graphique 3. Indicateur « Surveillance clinique minimale en salle de naissance après l'accouchement » - Statistiques descriptives de la variabilité nationale - Campagne 2017 - données 2016	39
Tableau 17 et Graphique 4. Indicateur « Prise en charge initiale de l'HPPI » - Statistiques descriptives de la variabilité nationale - Campagne 2017 - données 2016	39
Tableau 18. Distribution par rapport à la moyenne nationale pondérée - Campagne 2017- données 2016	40
Tableau 19. Indicateur « Prévention de l'hémorragie lors de la délivrance après un accouchement-Niveau 1 » - Campagne 2017 - données 2016 - Moyennes régionales (en %)	41
Tableau 20. Indicateur « Prévention de l'hémorragie lors de la délivrance après un accouchement-Niveau 2 » - Campagne 2017 - données 2016 - Moyennes régionales (en %).....	42
Tableau 21. Indicateur « Surveillance clinique minimale en salle de naissance après l'accouchement » - Campagne 2017 - données 2016 - Moyennes régionales (en %)	43
Tableau 22. Indicateur « Prise en charge initiale de l'HPPI » - Campagne 2017 - données 2016 - Moyennes régionales (en %)	44

Annexes

Annexe I. Méthodes de recueil et d'analyse

Le « Guide méthodologique de production des résultats comparatifs des indicateurs de qualité et de sécurité des soins sur la plate-forme QualHAS - Campagne nationale IPAQSS », disponible sur le site de la HAS, précise les méthodes statistiques utilisées pour la production des résultats comparatifs.

► Recueil et restitution des données

Chaque année, la HAS organise une campagne nationale de recueil. Pour chaque campagne, plusieurs thèmes sont concernés, avec des thématiques transversales et de pratique clinique, en alternance une année sur deux. Chaque thème est lui-même composé d'un ou de plusieurs indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS).

Outils

Le recueil des données se fait via l'utilisation d'outils informatiques développés par l'ATIH (Agence technique de l'information sur l'hospitalisation). Ils permettent à la fois le recueil et la restitution en temps réel de résultats pour chaque indicateur recueilli par l'établissement de santé (ES) et se composent de :

- LOTAS : logiciel de tirage au sort des séjours analysés qui servent au calcul des indicateurs - les spécifications du logiciel sont construits à partir des données du PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information) ;
- QualHAS : plate-forme Internet sécurisée à laquelle chaque établissement se connecte à l'aide d'un identifiant et d'un mot de passe afin de saisir les informations. Ce système permet de restituer aux ES des résultats individuels dès la fin de la saisie, et des résultats comparatifs.

Plusieurs niveaux de validation sont prévus par le système et permettent un contrôle a priori des données saisies : identification des opérateurs de saisie au sein des ES, étape de « verrouillage » qui donne accès à la lecture des résultats individuels, et enfin étape de « validation » qui rend impossible toute modification ultérieure des données saisies.

Toutes les données agrégées, présentées dans ce document, sont issues de la plate-forme de recueil QualHAS et ont été saisies par les établissements.

Modalités de recueil

Le dossier patient est utilisé comme source de données car il contient l'ensemble des informations médicales, soignantes, sociales et administratives qui permettent d'assurer la prise en charge coordonnée d'un patient et la continuité des soins. C'est à partir du dossier que l'on assure la traçabilité de la démarche de prise en charge. Le contenu du dossier patient est défini par le décret n° 2002-637 du 29 avril 2002 relatif à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé en application des articles L. 1111-7 et L. 1112-1 du code de la santé publique. Ce dossier contient des informations de différents types : compte-rendu d'hospitalisation, observations médicales, feuilles de soins, prescriptions, résultats des examens, etc.

La sélection des séjours (dossiers) à évaluer est réalisée par tirage au sort à partir des bases nationales de séjours hospitaliers issus du PMSI pour les différents champs d'activité : médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), soins de suite et réadaptation (SSR), santé mentale (PSY) et hospitalisation à domicile (HAD), sur une période donnée et avec des critères de sélection spécifiques pour chaque recueil d'IQSS.

Le recueil des IQSS, réalisé par l'ES, consiste en un audit rétrospectif portant sur un échantillon aléatoire de séjours (dossiers) :

- soit sur l'année N-1 de la campagne de recueil pour les indicateurs de spécialités ;
- soit sur une période de l'année N-1 de la campagne de recueil pour les indicateurs transversaux.

Selon les thèmes, 60 ou 80 séjours maximum doivent être analysés par ES.

Le nombre de dossiers évalués est identique quelles que soient la taille et la catégorie des ES participant au recueil national. Ce nombre de dossiers relativement faible est un compromis entre une charge de travail acceptable, tous types de structure confondus, et une précision statistique suffisante de l'indicateur estimé à partir de l'échantillon. Un intervalle de confiance à 95 % calculé sur l'échantillon est présenté avec le résultat de chaque indicateur, et ne tient pas compte de l'activité de l'ES. Pour plus de précision sur le calcul de l'intervalle de confiance, cf. Guide méthodologique.

► Mode de présentation des IQSS par ES

Les résultats des indicateurs de qualité par ES se présentent :

- soit sous la forme d'un score de qualité, constitué de plusieurs critères, compris entre 0 et 100, qui correspond à la moyenne des critères calculés pour chaque dossier de l'échantillon (x 100) [exemple : Tenue du dossier Patient (TDP)] ;
- soit sous la forme de proportions ou pourcentages ou taux pour les variables binaires [exemple: Traçabilité de l'évaluation de la douleur (TRD)] ;
- soit sous la forme d'une médiane de durée pour les délais [exemple : Délai médian entre l'arrivée dans l'établissement et la réalisation d'une imagerie cérébrale en heures pour la prise en charge initiale des AVC (IMA)].

► Méthodes de comparaison

Estimation des références

Deux types de mesure de valeurs centrales sont produits comme référence :

- une moyenne pondérée par le nombre de séjours éligibles par ES (total des séjours comptabilisés dans le PMSI sur la période considérée). Chaque ES se voit ainsi attribuer un poids en fonction de son activité sur la période considérée : plus son activité est importante, plus son poids sera important et il participera donc d'autant plus au calcul de la moyenne.
Pour les indicateurs de type score, un seuil minimum de 31 dossiers à évaluer par ES a été retenu pour que les résultats de celui-ci soient pris en compte dans les résultats comparatifs.
Pour les indicateurs de type proportion, un seuil minimum de 10 dossiers à évaluer par ES a été retenu pour que les résultats de celui-ci soient intégrés dans les comparatifs.
- une médiane corrigée pour les indicateurs de type délai. Les délais aberrants statistiquement (délais strictement supérieurs à une borne) sont supprimés du calcul de la référence pour l'ensemble des dossiers inclus dans l'analyse.
Pour les indicateurs de type délai, un seuil minimum de 10 dossiers à évaluer a été retenu pour que les résultats de l'ES soient intégrés dans la comparaison inter ES.

Pour plus de précision sur l'estimation des références, cf. Guide méthodologique.

Types de référence

La plate-forme QualHAS permet à chaque ES de se comparer à quatre types de références.

- Trois références dans l'espace :
 - Une « référence nationale » ;
 - Une « référence régionale » : les ES ont accès au résultat moyen ou médian de leur région;
 - Une « référence par catégorie d'ES » : les ES ont accès au résultat moyen ou médian de leur catégorie.
- Un « objectif national de performance » a été défini dès 2009 par le ministère de la santé comme seuil à atteindre par les ES. Chaque année, une instruction DGOS relative aux modalités pratiques de mise à la disposition du public par les ES, des résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins, redéfinit la liste des indicateurs et les objectifs nationaux de performance correspondants.

► Méthodes de présentation des résultats

Deux présentations sont proposées. Les ES sont comparés par rapport :

- à la moyenne pondérée (de tous les ES), via des pictogrammes de couleur vert, jaune et orange ;
- à l'objectif national de performance, via des classes « + », « = » et « - ».

Positionnement par rapport à la moyenne pondérée

Le positionnement d'un ES par rapport à la moyenne de référence est décliné en pictogrammes de couleur vert, jaune et orange. Ces 3 couleurs représentent 3 classes ou niveaux de qualité décroissants.

Indicateurs de type score ou proportion

Les 3 premières classes sont définies en comparant l'intervalle de confiance (IC) à 95 % de la moyenne des scores ou des proportions de l'ES à la moyenne de référence retenue pour l'indicateur analysé.

Une quatrième classe non affichée est créée pour les ES « **Non répondants** ».



ES dont la borne basse de l'IC à 95 % est supérieure à la moyenne de référence : la position de l'ES est dite « **significativement supérieure à la moyenne pondérée de référence** ».



ES dont l'IC à 95 % coupe la référence : la position de l'ES est dite « **non significativement différente de la moyenne pondérée de référence** ».



ES dont la borne haute de l'IC à 95 % est inférieure à la moyenne de référence : la position de l'ES est dite « **significativement inférieure à la moyenne pondérée de référence** ».

Indicateurs de type délai

La méthode de comparaison dans le cadre d'un indicateur de délai reste à définir.

Positionnement par rapport à l'objectif national de performance

Indicateurs de type score ou proportion

Trois classes sont définies en comparant l'intervalle de confiance (IC) à 95 % de la moyenne des scores ou des proportions de l'ES à l'objectif national de performance.

Une quatrième classe non affichée est créée pour les ES « Non répondants ».

Classe « + » ES dont la borne basse de l'IC à 95 % est supérieure à l'objectif national de performance, on dit que la position de l'ES est « **significativement supérieure à l'objectif national de performance** ».

Classe « = » ES dont l'IC à 95 % coupe l'objectif national de performance, on dit que la position de l'ES est « **non significativement différente de l'objectif national de performance** ».

Classe « - » ES dont la borne haute de l'IC à 95 % est inférieure à l'objectif national de performance, on dit que la position de l'ES « **est significativement inférieure à l'objectif national de performance** ».

Indicateurs de type délai

Il n'existe pas d'objectif national de performance sur les indicateurs de délais.

Calcul des évolutions des indicateurs - campagnes 2015

Pour les indicateurs dont les calculs sont identiques par rapport à la campagne précédente, une information sur leur évolution est fournie dans la fiche de résultats. Il s'agit de mesurer si le résultat de l'indicateur s'est amélioré de façon statistiquement significative par rapport au recueil précédent.

Pour cela, deux tests statistiques sont mobilisés en fonction du nombre de dossiers à partir desquels sont calculés les indicateurs :

- pour les ES ayant évalué entre 10 et 30 dossiers sur au moins une des deux années : test exact de fisher ;
- pour les ES ayant évalué plus de 30 dossiers sur les 2 années : test de Student.

Les règles de cotation sont les suivantes :

- si l'évolution est statistiquement significative et que le résultat de la nouvelle campagne est supérieur au résultat de la campagne précédente : l'évolution est positive. Ce résultat est visualisé par le pictogramme « ↗ »
- si l'évolution est statistiquement non significative : l'évolution est stable. Ce résultat est visualisé par le pictogramme « → »
- si l'évolution est statistiquement significative et que le résultat de la nouvelle campagne est inférieur au résultat de la campagne précédente : l'évolution est négative. Ce résultat est visualisé par le pictogramme « ↘ »

Annexe II. Résultats complémentaires

► Variabilité nationale inter-établissements par indicateur

Le tableau et le graphique présentent la variabilité des établissements pour indicateur.

Le tableau présente les données de variabilité concernant les résultats des établissements ayant analysé 10 dossiers ou plus pour l'indicateur.

- Résultat minimum = résultats de l'indicateur pour le ou les établissements ayant le résultat le plus faible ;
- Résultat maximum = résultats de l'indicateur pour le ou les établissements ayant le résultat le plus élevé ;
- 1er quartile : représente le seuil au-delà duquel 75% des établissements se situent ;
- Médiane : représente le seuil au-delà duquel la moitié des établissements se situent ;
- 3ème quartile : représente le seuil au-delà duquel 25% des établissements se situent.

Dans le graphique chaque barre horizontale représente, pour chaque établissement, la valeur de l'indicateur et son intervalle de confiance à 95 %. La barre verticale est la moyenne nationale pondérée.

Tableau 14 et Graphique 1. Indicateur « Prévention de l'hémorragie lors de la délivrance après un accouchement - Niveau 1 » - Statistiques descriptives de la variabilité nationale - Campagne 2017 - données 2016

Maternités avec plus de 10 dossiers éligibles au calcul de l'indicateur	
Nombre de maternités	500
Nombre de dossiers	30 000
Résultat minimum	3%
Résultat maximum	100%
1er quartile	85%
Médiane	93%
3e quartile	97%

Tableau 15 et Graphique 2. Indicateur « Prévention de l'hémorragie lors de la délivrance après un accouchement - Niveau 2 » - Statistiques descriptives de la variabilité nationale - Campagne 2017 - données 2016

Maternités avec plus de 10 dossiers éligibles au calcul de l'indicateur	
Nombre de maternités	500
Nombre de dossiers	30 000
Résultat minimum	0%
Résultat maximum	100%
1er quartile	50%
Médiane	73%
3e quartile	88%

Tableau 16 et Graphique 3. Indicateur « Surveillance clinique minimale en salle de naissance après l'accouchement » - Statistiques descriptives de la variabilité nationale - Campagne 2017 - données 2016

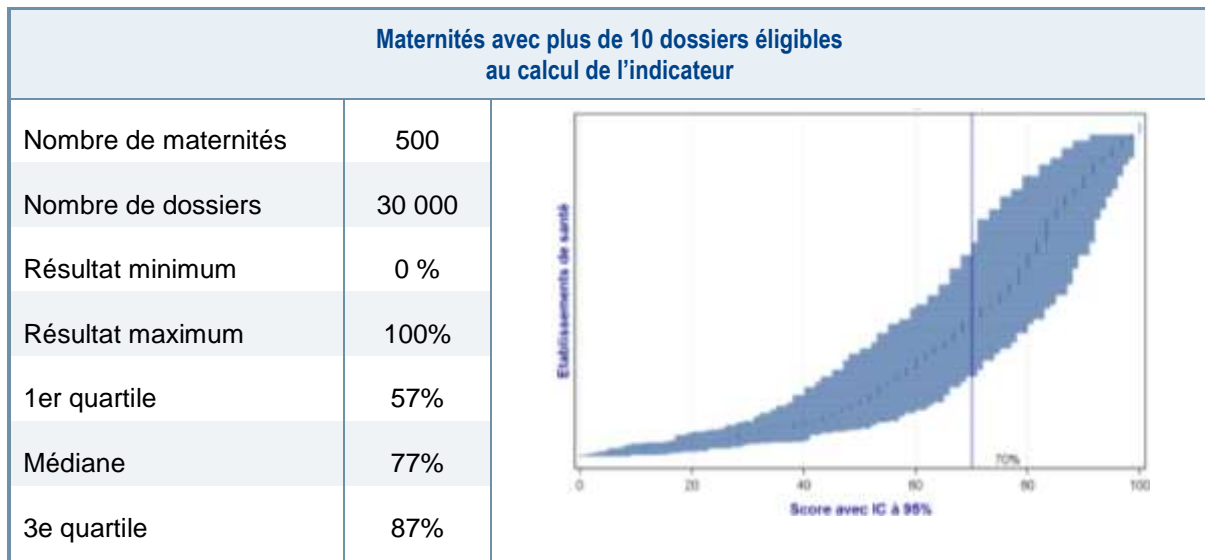
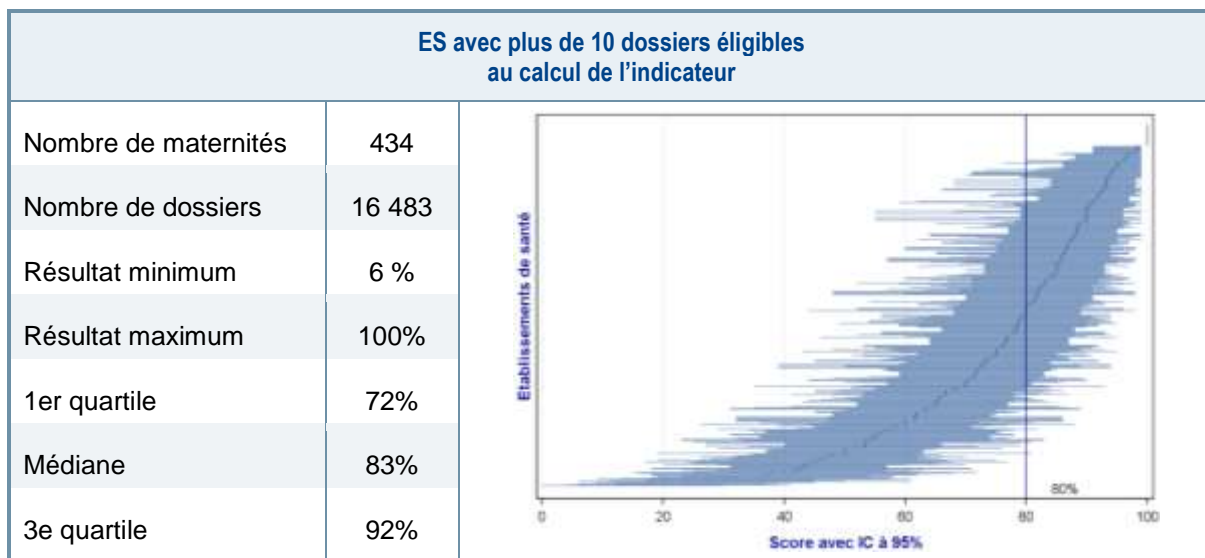





Tableau 17 et Graphique 4. Indicateur « Prise en charge initiale de l'HPPI » - Statistiques descriptives de la variabilité nationale - Campagne 2017 - données 2016



► **Distribution des établissements par rapport à la moyenne nationale pondérée pour l'ensemble des indicateurs**

Tableau 18. Distribution par rapport à la moyenne nationale pondérée - Campagne 2017- données 2016

	Moyenne nationale pondérée (en %)				
Prévention de l'hémorragie lors de la délivrance après un accouchement - Niveau 1	89%	Nombre de maternités	94	333	73
		% de maternités	18.8	66.6	14.6
Prévention de l'hémorragie lors de la délivrance après un accouchement - Niveau 2	68%	Nombre de maternités	196	174	130
		% de maternités	39.2	34.8	26
Surveillance clinique minimale en salle de naissance après l'accouchement	70%	Nombre de maternités	178	201	121
		% de maternités	35.6	40.2	24.2
Prise en charge initiale de l'HPPI	80%	Nombre de maternités	69	275	90
		% de maternités	15.9	63.4	20.7

► Informations régionales

Tableau 19. Indicateur « Prévention de l'hémorragie lors de la délivrance après un accouchement-Niveau 1 » - Campagne 2017 - données 2016 - Moyennes régionales (en %)

Maternités composant la référence nationale	Moyenne nationale pondérée et Objectif national de performance
500	89% (OP fixé à 80%)

Régions	Nombre d'ES avec effectif N ≥ 10	Moyenne par région (en %)
Auvergne-Rhône-Alpes	59	92
Bourgogne-Franche-Comté	21	93
Bretagne	22	88
Centre-Val de Loire	20	93
Corse	4	92
Grand Est	45	91
Guadeloupe	5	78
Guyane	4	90
Hauts de France	49	89
Ile de France	83	87
Martinique	3	72
Normandie	24	94
Nouvelle Aquitaine	47	82
Occitanie	46	91
Océan Indien	7	88
PACA	38	90
Pays de la Loire	23	89

Tableau 20. Indicateur « Prévention de l'hémorragie lors de la délivrance après un accouchement-Niveau 2 » - Campagne 2017 - données 2016 - Moyennes régionales (en %)

Maternités composant la référence nationale	Moyenne nationale pondérée
500	68%

Régions	Nombre d'ES avec effectif N ≥ 10	Moyenne par région (en %)
Auvergne-Rhône-Alpes	59	75
Bourgogne-Franche-Comté	21	74
Bretagne	22	58
Centre-Val de Loire	20	71
Corse	4	73
Grand Est	45	73
Guadeloupe	5	33
Guyane	4	35
Hauts de France	49	67
Ile de France	83	63
Martinique	3	57
Normandie	24	72
Nouvelle Aquitaine	47	66
Occitanie	46	71
Océan Indien	7	50
PACA	38	78
Pays de la Loire	23	70

Tableau 21. Indicateur « Surveillance clinique minimale en salle de naissance après l'accouchement » - Campagne 2017 - données 2016 - Moyennes régionales (en %)

Maternités composant la référence nationale	Moyenne nationale pondérée et Objectif national de performance
500	70% (OP fixé à 80%)

Régions	Nombre d'ES avec effectif N ≥ 10	Moyenne par région (en %)
Auvergne-Rhône-Alpes	59	72
Bourgogne-Franche-Comté	21	72
Bretagne	22	69
Centre-Val de Loire	20	68
Corse	4	64
Grand Est	45	71
Guadeloupe	5	72
Guyane	4	39
Hauts de France	49	71
Ile de France	83	69
Martinique	3	38
Normandie	24	69
Nouvelle Aquitaine	47	68
Occitanie	46	73
Océan Indien	7	62
PACA	38	82
Pays de la Loire	23	61

Tableau 22. Indicateur « Prise en charge initiale de l'HPPI » - Campagne 2017 - données 2016 - Moyennes régionales (en %)

Maternités composant la référence nationale	Moyenne nationale pondérée et Objectif national de performance
500	80% (OP fixé à 80%)

Régions	Nombre d'ES avec effectif N ≥ 10	Moyenne par région (en %)
Auvergne-Rhône-Alpes	54	80
Bourgogne-Franche-Comté	18	78
Bretagne	21	72
Centre-Val de Loire	16	71
Corse	2	70
Grand Est	40	79
Guadeloupe	3	72
Guyane	3	80
Hauts de France	43	81
Ile de France	67	83
Martinique	2	83
Normandie	24	85
Nouvelle Aquitaine	40	78
Occitanie	35	75
Océan Indien	7	87
PACA	37	83
Pays de la Loire	22	83

Annexe III. Grille de recueil 2017 pour le recueil des indicateurs

Plateforme QualHAS

La plateforme QualHAS sert au recueil des données à partir des dossiers de patients, et au calcul des indicateurs : pour chaque indicateur, une liste d'éléments est recherchée dans chaque dossier analysé, et les données sont saisies sur la plateforme via un questionnaire ad hoc. Quand l'ensemble des éléments sont présents, le dossier est considéré conforme. Le résultat de l'indicateur est le pourcentage de dossiers conformes par rapport au nombre de dossiers inclus. Sur cette plateforme, la présentation des résultats et les restitutions des éléments manquants permettent d'identifier les voies d'amélioration et, grâce à l'évolution dans le temps, les établissements peuvent suivre le résultat des actions d'amélioration mises en œuvre dans le cadre de leur politique qualité ou définir celles à engager. QualHAS fournit également une information structurée et comparative qui permet aux établissements de se positionner par rapport aux autres établissements et aux références nationales comme l'objectif de performance.

Grilles de recueil

Informations communes		
PP-HPP 1	Numéro FINESS enquêté	□□□□□□□□
PP-HPP 2	Nom de l'établissement enquêté	_____
PP-HPP 4	Service (ou pôle)	□□□□□
PP-HPP 5	Date de la saisie	□□ / □□ / □□□□
PP-HPP 6	Numéro du tirage au sort	□□□
PP-HPP 7	Dossier issu de	<input type="radio"/> la liste accouchement <input type="radio"/> la liste HPP
PP-HPP 8	Age de la patiente	□□□□
PP-HPP DUREE	Durée du séjour	□□
PP-HPP 9	Dossier retrouvé	<input type="radio"/> Retrouvé <input type="radio"/> Non retrouvé (exclusion du thème) <input type="radio"/> Incohérence PMSI (exclusion du thème) <input type="radio"/> Dossier retrouvé mais le patient ne souhaite pas que les données le concernant soient exploitées
PP-HPP 10	Date de l'accouchement	□□ / □□ / □□□□ <input type="radio"/> Non retrouvée
PP-HPP 11	Heure de l'accouchement	□□ : □□ <input type="radio"/> Non retrouvée
PP-HPP 12	Type d'accouchement	<input type="radio"/> Voie basse <input type="radio"/> Césarienne
PP-HPP 13	Patiente suivie pour sa grossesse dans l'établissement	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas
PP-HPP 14	Données collectées contenu dans un dossier informatisé	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Partiellement
PP-HPP 15	Si informatisation partielle, préciser le (les) élément(s) informatisé(s)	

PP-HPP 15.1	partogramme	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> NA
PP-HPP 15.2	prescriptions médicamenteuses	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> NA
PP-HPP 15.3	Partie sur le suivi du post partum immédiat (salle de naissance)	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> NA
PP-HPP 15.4	CR de césarienne	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> NA
PP-HPP 15.5	Dossier d'anesthésie	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> NA

Questionnaire pour les dossiers d'accouchement		
ACC 1	Modalité de la délivrance	<input type="radio"/> 1 - Délivrance artificielle <input type="radio"/> 2 - Délivrance non artificielle <input type="radio"/> 3 – Non retrouvée
ACC 2	Trace d'une Délivrance Dirigée	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
ACC 3	Trace de l'administration préventive d'ocytocine	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
ACC 3bis	Vous avez coché non aux deux questions précédentes, est-il tracé dans le dossier de la parturiente qu'elle refuse l'administration préventive d'ocytocine ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
ACC 4	Si Oui, trace de l'injection au moment du dégagement de l'épaule antérieure de l'enfant, ou rapidement après la naissance, ou quelques minutes au maximum après la délivrance	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
ACC 5	Si Oui, trace de :	
ACC 5.1	Heure d'injection	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
ACC 5.2	Dose	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
ACC 5.3	Voie d'administration	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
ACC 6	Conclusion de l'examen du placenta tracée	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
ACC 7	Pouls tracé au moins 1 fois dans les 2h	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas
ACC 7.1	Si Oui, au minimum 2 fois	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas
ACC 8	Tension artérielle tracée au moins 1 fois dans les 2h	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas
ACC 8.1	Si Oui, au minimum 2 fois	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas
ACC 9	Evaluation de la qualité du globe utérin tracée au moins 1 fois dans les 2h	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas
ACC 9.1	Si Oui, au minimum 2 fois	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas
ACC 10	Evaluation qualitative ou quantitative de la perte sanguine tracée au moins 1 fois dans les 2h	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas
ACC 10.1	Si Oui, au minimum 2 fois	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas

ACC 11	Trace de l'examen médical autorisant la sortie de la salle de naissance	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
--------	---	---

Questionnaire pour les dossiers d'HPPI		
HPP 1	Trace de l'heure du diagnostic d'HPP	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
HPP1.1	Information présente sur un support spécifique (feuille de surveillance rapprochée ou fiche spécifique du post-partum)	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
HPP 2	Trace en ml de la quantification du saignement au moment du diagnostic	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
HPP 2.1	Information présente sur un support spécifique (feuille de surveillance rapprochée ou fiche spécifique du post-partum)	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Si accouchement par voie basse et suite au diagnostic d'HPP :		
HPP 3	L'hémorragie correspondant au diagnostic d'HPP est-elle UNIQUEMENT d'origine cervico-vaginale ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas
HPP 4	Trace d'une délivrance artificielle	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
HPP 5	Trace d'une révision utérine	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non

Questionnaire établissement (à ne remplir qu'une fois)		
Q0	Type maternité	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3
Q1	Présence en secteur de naissance d'un protocole formalisé de prise en charge de l'HPPI	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Q2 Q 2.1	Utilisation d'une feuille de surveillance rapprochée en cas d'HPP Si oui, la feuille est présente, par défaut, dans les dossiers	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Q3	Présence d'un protocole de transfusion disponible au niveau du secteur naissance	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Q5	Trace de la mise en œuvre d'une ou plusieurs démarches d'EPP sur le thème d'HPP	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Q5.1	Si oui, trace d'un CR précisant la méthode et les étapes réalisées	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Q5.2	Si oui, date du dernier CR retrouvé	□□ / □□ / □□□□ <input type="radio"/> Non retrouvée
Q6	Trace de CR de RMM réalisée depuis le 1er janvier 2015 et concernant des dossiers d'obstétrique	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Q7	En 2016, dans le service, l'utilisation d'un sac de recueil est recommandée pour chaque accouchement	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Q7.1	Si oui, le sac est gradué	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Q7.2	Si oui, il est recommandé de le placer systématiquement après l'expulsion fœtale	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non

Références bibliographiques

-
- I HAS-Recommandations pour la pratique clinique « Hémorragies du post-partum immédiat»- Novembre 2004- Disponible sur www.has-sante.fr
 - II Actualisation du CNGOF décembre 2014 : Sentilhes et al, Hémorragie du post-partum : recommandations pour la pratique clinique - Texte des recommandations (texte court) ;
 - III Actualisation du CNGOF décembre 2014 : Dupont et al, Prévention clinique et pharmacologique de l'hémorragie du post-partum lors de la troisième phase du travail
 - IV Actualisation du CNGOF décembre 2014 : Dolley et al, Prise en charge obstétricale initiale en cas d'hémorragie du post-partum après un accouchement par voie basse ;
 - V Actualisation du CNGOF décembre 2014 : Parant et al. Spécificités obstétricales et anesthésiques de la prise en charge d'une hémorragie du post-partum (HPP) associée à la césarienne
 - VI <http://gynerisq.fr/gynerisq-attitudes/fiche-1-hemorragies-du-post-partum/>
 - VII HAS-fiches descriptives des indicateurs sur la prévention et la prise en charge de l'HPP. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-01/fiche_descriptive_pphpp_vf.pdf
 - VIII Les morts maternelles en France : mieux comprendre pour mieux prévenir. 5e rapport de l'Enquête Nationale Confidentielle sur les Morts Maternelles (ENCMM), 2010-2012. Saint-Maurice : Santé publique France, 2017. 230 p. Disponible à partir de l'URL : www.santepubliquefrance.fr
 - IX Enquête nationale périnatale 2016. Les naissances et les établissements, situation et évolution depuis 2010 - <http://www.epopé-inserm.fr/grandes-enquetes/enquetes-nationales-perinatales>



Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables sur

www.has-sante.fr