

Indicateurs Pour l'Amélioration de la
Qualité et de la Sécurité des Soins

**Prévention et prise en charge
initiale des hémorragies du
post-partum immédiat**

Résultats nationaux de la campagne
2015 - Données 2014

Rapport long

Ce document présente les résultats, issus de la campagne 2015 - données 2014, des indicateurs du thème « Prévention et prise en charge initiale des hémorragies du post-partum immédiat », recueil 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 chacun des maternités concernées. 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 (classements, référentiels) dans ce rapport 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 maternité ?

Les résultats complets individuels et comparatifs de chaque maternité sont accessibles sur la plateforme QualHAS. Pour y accéder, contacter le service DIM de votre établissement.

Les résultats des indicateurs diffusés publiquement par établissement sont 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 (chef de projet) et Mélanie Couralet (statisticienne), sous la coordination de Rose Derenne, et sous la responsabilité de Catherine Grenier chef du service « Indicateurs pour l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins » (SIPAQSS).

Rapport validé par le Collège de la HAS le 18 novembre 2015.

Sommaire

Avant-propos : Politique nationale des indicateurs qualité et sécurité des soins.....	4
Introduction.....	5
Descriptif de la campagne.....	8
Résultats des indicateurs.....	11
Indicateur « Prévention de l'hémorragie lors de la délivrance après un accouchement » (DEL).....	12
Indicateur « Surveillance clinique minimale en salle de naissance » (SURMIN).....	16
Indicateur « Prise en charge initiale de l'HPPI » (PECI HPPI).....	19
Bilan et perspectives.....	22
Résultats 2015 du contrôle qualité du recueil dans le cadre de l'Orientation Nationale d'Inspection Contrôle (ONIC).....	24
Table des illustrations.....	25
Annexe I. Tableaux des moyennes régionales par indicateur.....	26
Annexe II. Méthodes de recueil et d'analyse.....	30
Annexe III : Grille de recueil 2015.....	34
Références.....	37

Avant-propos : Politique nationale des indicateurs qualité et 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 le cadre de l'approche globale d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dans les établissements de santé, via le suivi d'indicateurs.

Ce suivi d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) produisant des données comparatives, est utilisé à des fins de management interne, d'évaluation externe, de pilotage institutionnel, et de diffusion publique^a. 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 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. Dans ce cadre, la liste des IQSS mis à la disposition du public est fixée annuellement par arrêté ministériel. Ceci concerne certains IQSS obligatoires et imputables aux établissements de santé, ayant fait l'objet de plus d'une campagne nationale. Cette diffusion de leur résultat par les établissements de santé est accompagnée par la diffusion publique 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 (vert), égaux (jaune) ou inférieurs (orange) à la référence nationale appelé 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 minimum 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 (COPIL) 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, contrat de performance, d'objectifs et de moyens (CPOM), dispositifs d'incitation financière à la qualité, etc...), un contrôle qualité de leur recueil est effectué. Depuis 2013, une orientation nationale de contrôle 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 d'assurer 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 concernés par région : la moitié des établissements est tirée au sort aléatoirement parmi la liste des établissements concernés par le recueil et l'autre 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.

Cet ensemble permet d'objectiver les progrès réalisés par les établissements concernant la qualité et la sécurité des soins.

a 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.

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, le collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF), le collège national des sages-femmes de France (CNSF) et la HAS ont publié en 2004 les recommandations de pratiques professionnelles sur l'hémorragie du post-partum immédiat¹. Ces recommandations ont été actualisées en décembre 2014 au regard de l'avancée des connaissances^{2,3,4,5}. Elles poursuivent l'objectif d'une prise en charge optimale dans l'ensemble des maternités.

En France, entre 2007 et 2009, une diminution significative des décès maternels par hémorragies a été mise en évidence par l'enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles⁶. Néanmoins à cette période, les hémorragies obstétricales étaient encore responsables de 18 % de la mortalité maternelle, constituant toujours la première cause de décès maternel, dont 84 % de ces décès ont été jugés évitables par les experts. Il est donc nécessaire de poursuivre la réduction du risque de cette complication parfois sévère.

Parmi les dispositifs d'amélioration de la qualité pour 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 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...^b) 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.

Les indicateurs

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

Ces indicateurs s'attachent à mesurer des 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.

Les indicateurs suivis sont les suivants :

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

^c 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.

Indicateurs et 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'injection^d 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>Il regroupe deux anciens indicateurs qui suivaient séparément deux composantes de la prise en charge</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>Le regroupement des deux anciens indicateurs intervient après 2 campagnes de recueils ayant permis aux maternités de travailler sur ces 2 composantes pendant 3 ans. L'indicateur agrégé 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>

Ces indicateurs 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.

Leur recueil en 2015

Au cours du premier semestre 2015, la HAS a coordonné la troisième campagne de recueil de ces indicateurs, la précédente ayant eu lieu en 2013 (recueil biennal). Toutes les maternités ont utilisé la plateforme sécurisée QualHAS^e. Cette plateforme 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. 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 pour les indicateurs diffusés publiquement.

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

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

^d 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

^e Partenariat HAS-ATIH

Ce rapport présente :

- Un descriptif de la campagne 2015, de la population incluse - maternités et professionnels participants - ainsi que des dossiers analysés,
- Les résultats nationaux par indicateur de la campagne 2015 sur les données 2014, accompagnés d'analyses complémentaires, et des résultats comparatifs qui dans le cadre de la politique nationale des IQSS, positionnent les ES en nombre et en pourcentage par rapport à l'objectif de performance de 80 %.
- Le bilan et perspectives de cette campagne.

Les annexes regroupent les moyennes par région des indicateurs, ainsi que la méthode de recueil et d'analyse et 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

Le recueil s'est déroulé de mi-février à mi-juin 2015. 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 (HHPI).

L'ensemble des 518 maternités françaises en activité en 2015 était concerné quel que soit leur niveau de soins (44 % de niveau 1, 44 % de niveau 2, 12 % de niveau 3^f).

Les 518 maternités ont toutes réalisées le recueil.

Descriptifs des maternités (protocole de prise en charge, dispositif d'amélioration de la qualité)

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 2014, en secteur de naissance :

- d'un protocole formalisé de prise en charge de l'HPPI dans 99 % des cas (98 % en 2013),
- d'un protocole de transfusion dans 93,6 % des cas (même taux en 2013).

87 % des maternités (+8 points par rapport à la campagne 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 maternelles⁶. En revanche cette fiche est présente par défaut dans les dossiers dans seulement 40 % de ces maternités.

L'utilisation du sac de recueil, facilitant l'évaluation des pertes sanguines, est recommandée, au sein de 97 % des maternités, pour tous les accouchements. Ce sac est gradué dans l'ensemble de ces maternités. L'utilisation de manière systématique après l'expulsion fœtale est précisée dans 84 % de ces maternités, et uniquement lors d'un diagnostic d'HPP dans 9 % des maternités. 7 % n'ont pas précisé son utilisation.

Concernant l'amélioration des pratiques, en 2014 :

- 64 % (65 % en 2013) avaient mis en œuvre une ou plusieurs démarches d'évaluation des pratiques professionnelles sur le thème de l'HPP : parmi elles 87 % avaient un compte-rendu daté précisant la méthode et les étapes réalisées (+9 points par rapport à 2013).
- Des revues de morbi-mortalité sur des dossiers d'obstétrique ont été réalisées dans 84 % des maternités entre janvier 2013 et février 2015. Lors de la campagne précédente 76 % en avaient réalisé entre janvier 2011 et février 2013.

Descriptif de la population analysée

Le calcul de ces indicateurs est fondé sur l'analyse d'un échantillon aléatoire dans chaque maternité, de 60 dossiers d'accouchement⁹ d'une part et de 60 dossiers^h d'accouchements suivis d'une HPPIⁱ d'autre part, accouchements ayant tous eu lieu au cours de l'année 2014. Les professionnels

^f Données déclarées sur la plateforme QualHAS en 2015.

⁹ 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.

^h nombre maximum de dossiers analysés

ⁱ 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.

médicaux (obstétriciens, sages-femmes) ont participé à cette analyse de dossiers dans 98 % des établissements (97 % en 2013).

Sur l'ensemble des maternités ce sont :

- 30 961 dossiers d'accouchements qui ont été analysés soit 24 752 dossiers d'accouchements par voie basse et 6 209 dossiers de césariennes.
- et 16 726 dossiers d'HPPI analysés soit 14 273 HPPI après un accouchement par voie basse et 2 453 HPPI après une césarienne.

La variabilité d'activité entre les maternités est décrite dans le tableau suivant.

Tableau 1 : Dispersion des maternités en fonction du nombre d'accouchements réalisés en 2014 et du nombre d'HPPI codés dans le PMSI

Dispersion des maternités en fonction du nombre d'accouchements codés dans le PMSI en 2014											
<table border="1"> <tr> <td>1er quartile</td> <td>759</td> </tr> <tr> <td>min</td> <td>109</td> </tr> <tr> <td>med</td> <td>1218</td> </tr> <tr> <td>3ème quartile</td> <td>2075</td> </tr> <tr> <td>max</td> <td>6705</td> </tr> </table>	1er quartile	759	min	109	med	1218	3ème quartile	2075	max	6705	
1er quartile	759										
min	109										
med	1218										
3ème quartile	2075										
max	6705										
Dispersion des maternités en fonction du nombre d'hémorragies du post partum immédiat codés dans le PMSI en 2014											
<table border="1"> <tr> <td>1er quartile</td> <td>16</td> </tr> <tr> <td>min</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>med</td> <td>32</td> </tr> <tr> <td>3ème quartile</td> <td>66</td> </tr> <tr> <td>max</td> <td>809</td> </tr> </table>	1er quartile	16	min	0	med	32	3ème quartile	66	max	809	
1er quartile	16										
min	0										
med	32										
3ème quartile	66										
max	809										

Résultats des indicateurs

Présentation des résultats

Pour chaque indicateur sont présentés :

- la fiche descriptive de l'indicateur (définition, numérateur, dénominateur,)
- la moyenne nationale inter-établissements pondérée par l'activité des ES,
- le nombre d'établissements entrant dans le calcul de la moyenne inter-établissements de l'indicateur (ceux ayant inclus au moins 10 dossiers) ;
- le nombre total de dossiers évalués par l'ensemble des établissements entrant dans le calcul ;
- les éléments manquants dans les dossiers, et source de non-conformité ;
- les résultats minimum, maximum obtenus par les établissements ayant inclus au moins 10 dossiers, la médiane, le premier quartile (où se situent 25 % des ES) ; le troisième quartile (où se situent 75 % des ES).
- la représentation graphique de la répartition des résultats (intervalle de confiance) des ES. Elle permet de visualiser la variabilité inter-ES, quand une comparaison inter-établissements est possible ;
- le classement des établissements (nombre et pourcentage) par rapport à l'objectif de performance pour les indicateurs diffusés publiquement quand une comparaison inter-établissements est possible. Elle renseigne le nombre et le pourcentage des ES dont le résultat est supérieur (classe A), égal (classe B), ou inférieur (classe C) à la référence nationale et permet d'objectiver le nombre et le pourcentage d'ES pour lesquels une marge d'amélioration existe.
- les principaux constats tirés de ces différents résultats.

Les résultats des indicateurs par région sont rapportés pour information en annexe I. Une analyse régionale des indicateurs sous forme de cartographie dynamique est disponible sur le site internet de la HAS

https://public.tableau.com/views/IndicateursPPHPP2015/DASHPPHPP?:embed=y&:display_count=yes&:showTabs=y

La méthode détaillée du recueil, du calcul et de l'analyse des indicateurs est présentée en annexe 2.

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

Description

	<p>Niveau 1 : Proportion de dossiers d'accouchement comportant la modalité de la délivrance, la mention d'une injection prophylactique d'ocytocine et une conclusion, en cas de voie basse, de l'examen du placenta</p> <p>Niveau 2 : Proportion 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 une conclusion, en cas de voie basse, de l'examen du placenta</p>
<p>Définition</p>	<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 prophylactique 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>
<p>Références professionnelles</p>	<p>L'actualisation des recommandations en 2014 précise² :</p> <p>« <i>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) (...).</i> <i>Accouchement par césarienne : (...)</i> 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 indiquent¹ que : « <i>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)</i> »</p>
<p>Diffusion publique</p>	<p>Diffusion publique des résultats du niveau 1 avec l'objectif de performance fixé à 80 % soit 8 dossiers sur 10 comportant les informations demandées.</p>
<p>Type d'indicateur</p>	<p>Indicateur de processus. Pas d'ajustement sur le risque nécessaire.</p>
<p>Numérateur</p>	<p>Niveau 1 : Nombre de dossiers d'accouchement comportant la modalité de la délivrance, la trace d'une injection prophylactique d'ocytocine et, en cas de voie basse, une conclusion de l'examen du placenta.</p> <p>Niveau 2 : 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>
<p>Dénominateur</p>	<p>Nombre total de dossiers d'accouchements</p>
<p>Critères d'exclusion</p>	<p>-</p>

Analyse nationale des informations recueillies

Tableau 2 : Indicateur « Prévention de l'hémorragie lors de la délivrance après un accouchement » - Résultats de la campagne 2015 - données 2014

Campagne 2015-Données 2014		
	Résultat du niveau 1	Résultat du niveau 2
Moyenne nationale pondérée ^j	85 %	55 %
Nombre de maternités	518	
Nombre total de dossiers	30 961	

La moyenne nationale pondérée de l'indicateur niveau 1 a progressé de 5 points entre les deux campagnes, de 18 points pour celle du niveau 2. Les maternités ont 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 et son enregistrement.

Néanmoins en 2015, le résultat national du niveau 1 de l'indicateur indique que les dossiers analysés ne contiennent pas tous 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 1 % des dossiers (soit environ 191 dossiers) ;
- la conclusion de l'examen du placenta est non tracée dans 7 % des dossiers (1 726 dossiers) ;
- aucune information sur la prophylaxie par l'ocytocine n'est retrouvée dans 11 % des dossiers (3 417 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). 10 maternités ont plus de 50 % de leurs dossiers sans aucune trace de cette prophylaxie. Elles étaient 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 25 % des dossiers il n'y a aucun enregistrement de l'administration du médicament.
- Dans 18 % des dossiers, l'injection est tracée (ex : synto à l'épaule, etc.) mais l'enregistrement de l'administration est incomplet : 42 % de ces dossiers n'ont pas l'heure d'injection, 9 % la dose, 70 % la voie d'administration.

Distribution des établissements en fonction de leur résultat

Comme le montre le Tableau 3, la grande majorité des maternités ont de bons résultats concernant le premier niveau d'exigence de cet indicateur, avec tout de même un résultat minimum à 10 %. Elles sont en revanche 75 % à avoir un résultat inférieur à 78 % pour le niveau 2 qui est plus exigeant sur la traçabilité de l'injection médicamenteuse.

^j Moyenne pondérée par le nombre de séjours éligibles par établissement - Cf. Annexe 1 (estimation des références)

Tableau 3 : Indicateur « Prévention de l'hémorragie lors de la délivrance après un accouchement » - Campagne 2015 - données 2014 - Statistiques descriptives et variabilité nationale en fonction des niveaux de l'indicateur en 2015

Campagne 2015-Données 2014		
Nombre de maternités	518	
	Résultat du niveau 1	Résultat du niveau 2
Résultat minimum	10 %	0 %
Résultat maximum	100 %	100 %
1er quartile	80 %	33 %
Médiane	90 %	57 %
3ème quartile	95 %	78 %
Variabilité inter-maternités ^k	<p>Graphique : Représentation de la variabilité du score Indicateur : del1_c1</p>	<p>Graphique : Représentation de la variabilité du score Indicateur : del2_c2</p>

Classement des établissements en fonction de l'objectif de performance

En 2015, 89 % des maternités ont atteint ou dépassé l'objectif de performance alors qu'elles n'étaient que 79 % en 2013. En effet, par rapport à la campagne 2013, 118 maternités ont statistiquement amélioré leur résultat, 316 sont restées stables et 52 ont un résultat statistiquement en baisse.

Tableau 4 : Indicateur « Prévention de l'hémorragie lors de la délivrance après un accouchement » - Campagne 2015 - données 2014 – Positionnement des établissements par rapport à l'objectif national de performance de 80 %

Objectif national de performance fixé à 80 %	Classe A	Classe B	Classe C
Prévention de l'hémorragie lors de la délivrance après un accouchement	213 (41 %)	248 (48 %)	57 (11 %)

Le niveau 2 de l'indicateur n'est pas diffusé publiquement, bien qu'il permette la comparaison inter-établissements. Il est dans ce cas possible de comparer les maternités par rapport à la moyenne nationale de 55 %. 195 maternités ont un résultat strictement supérieur à la moyenne, alors que 161 maternités ont un résultat similaire et 162 ont un résultat inférieur à la moyenne.

^k Chaque barre horizontale représente le score d'un ES et son intervalle de confiance à 95%. La barre verticale est la moyenne nationale pondérée.

Constats principaux concernant la « Prévention de l'hémorragie lors de la délivrance après un accouchement » :

- La moyenne nationale pondérée de l'indicateur diffusé publiquement en 2015 est de 85 %, ce qui signifie que la traçabilité est, au niveau national, correcte pour plus de 8 dossiers sur 10. Elle a progressé de 5 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 55 % suite à une progression de 12 points.
- Ces efforts sont visibles dans le classement des maternités par rapport à l'objectif de performance puisque près 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 11 % des dossiers (3 417 dossiers), bien que cette molécule soit reconnue comme un élément majeur de la prévention de la survenue d'HPP.

Indicateur « Surveillance clinique minimale en salle de naissance » (SURMIN)

Description

Proportion de dossiers d'accouchement dans lesquels la surveillance clinique minimale dans les deux heures suivant l'accouchement et l'examen autorisant la sortie de la patiente de la salle de naissance sont tracés.	
Définition	<p>La surveillance clinique minimale en salle de naissance vise à détecter au plus vite la survenue de complications, comme l'HPPI, grâce notamment au suivi de différents paramètres.</p> <p>Cet indicateur, présenté sous la forme d'un taux, évalue, par la traçabilité dans le dossier, la surveillance clinique minimale* dans les 2 heures qui suivent l'accouchement et l'examen autorisant la sortie de la patiente de la salle de naissance.</p> <p>*La surveillance clinique minimale demandée est composée de 4 paramètres à recueillir au moins à 2 reprises dans les deux heures suivant l'accouchement : mesure du pouls, de la tension artérielle, évaluations de la qualité du globe utérin et des pertes sanguines effectuées.</p>
Références professionnelles	<p>Code de la santé publique - Article D6124-40 : « 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 de 2014 détaillent les éléments suivants par rapport à celles 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 facteurs de risque. 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 salle de surveillance post interventionnelle (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 (...). 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>
Diffusion publique	Diffusion publique des résultats avec l'objectif de performance fixé à 80 % soit 8 dossiers sur 10 comportant les informations demandées.
Type d'indicateur	Indicateur de processus. Pas d'ajustement sur le risque nécessaire.
Numérateur	<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>
Dénominateur	Nombre total de dossiers d'accouchements
Critères d'exclusion	-

Analyse nationale des informations recueillies

Tableau 5 : Indicateur « Surveillance clinique minimale en salle de naissance » - Résultats de la campagne 2015 - données 2014

Campagne 2015 - Données 2014	
Moyenne nationale pondérée ^l	65 %
Nb de maternités	518
Nb total de dossiers	30 961

L'indicateur a progressé de 12 points entre les deux campagnes. Cela se traduit par une meilleure traçabilité de l'ensemble des constantes à relever (entre +7 et +10 points suivant la constante) et de l'examen médical de sortie (+6 points).

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

- Césarienne (N = 6 209) : 60 % de dossiers conformes
- Voie basse (N = 24 752) : 65 % de dossiers conformes

Néanmoins en 2015, la moyenne nationale pondérée indique que les dossiers analysés ne contiennent pas tous l'ensemble des éléments demandés :

- 28 % des dossiers n'ont pas une surveillance complète (éléments tracés 2 fois dans les 2 heures) contre 35 % en 2013. Le détail de la traçabilité des informations retrouvées dans les dossiers est le suivant :

	Pouls	Tension	Globe	Perte
Information tracée au moins 2 fois dans les 2 heures	80 %	88 %	88 %	88 %
Information présente 1 seule fois	9 %	8 %	7 %	7 %
Information absente	11 %	4 %	5 %	5 %

- L'examen médical autorisant la sortie de la salle de naissance n'est pas retrouvé dans 15 % des dossiers.

Distribution des établissements en fonction de leur résultat

Comme le montrent les statistiques descriptives du Tableau 8, la variabilité inter-maternités est grande sur cet indicateur. 50 % des maternités ont un résultat inférieur à 70 %.

Tableau 6 : Indicateur « Surveillance clinique minimale en salle de naissance » - Statistiques descriptives et variabilité nationale en 2015

Campagne 2015-Données 2014		Variabilité inter-maternités ^m
Nombre de maternités	518	
Résultat minimum	0 %	
Résultat maximum	100 %	
1er quartile	50 %	
Médiane	70 %	
3ème quartile	80 %	

^l Moyenne pondérée par le nombre de séjours éligibles par établissement - Cf. Annexe 1 (estimation des références)

^m Chaque barre horizontale représente le score d'un ES et son intervalle de confiance à 95%. La barre verticale est la moyenne nationale pondérée.

Classement des établissements en fonction de l'objectif de performance

La moitié des maternités ont atteint ou dépassé l'objectif de performance en 2015. Elles n'étaient que 28 % en 2013. Les efforts réalisés par les maternités se traduisent aussi par le fait que 42 % d'entre elles ont amélioré leur résultat. 52 maternités (10 %) ont un résultat statistiquement en baisse par rapport à 2013.

Tableau 7 : Indicateur « Surveillance clinique minimale en salle de naissance » – Positionnement des établissements par rapport à l'objectif national de performance de 80 %

Objectif national de performance fixé à 80 %	Classe A	Classe B	Classe C
Surveillance clinique minimale en salle de naissance	49 (9 %)	216 (42 %)	253 (49 %)

Constats principaux concernant la « Surveillance clinique minimale en salle de naissance » :

- La moyenne nationale pondérée de cet indicateur diffusé publiquement en 2015 est de 65 %. Elle a progressé de +12 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 2015, 5 maternités sur 10 ont atteint ou dépassé l'objectif de performance fixé contre 3 sur 10 en 2013.
- Néanmoins les marges d'amélioration existent encore puisque :
- Environ 4 dossiers sur 10 ne contiennent toujours pas l'ensemble des éléments demandés et jugés comme le minimum indispensable composant la surveillance. Il est à souligner que 12 % 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.
- 50 % des maternités 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

Proportion de dossiers d'HPP comportant l'heure du diagnostic d'HPP, la quantification du saignement exprimée en millilitres et, la réalisation d'un geste endo-utérin au décours du diagnostic d'HPPI après un accouchement par voie basse.	
Définition	<p>Il concerne les accouchements au cours desquels est survenue une HPPI.</p> <p>Cet indicateur, présenté sous la forme d'un taux, évalue donc 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 après un accouchement par voie basse.</p> <p>Cet indicateur regroupe deux indicateurs séparés initialement pour orienter les actions correctives. Après 2 campagnes de recueil, ces éléments sont regroupés en un seul afin de suivre le taux de patientes bénéficiant d'une prise en charge initiale des HPP intégrant les éléments recommandés.</p>
Références professionnelles	<p>Les recommandations de 2004 indiquent que :</p> <p><i>« 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).</i></p> <p><i>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) »</i></p> <p>Les recommandations de 2014 précisent :</p> <p><i>« La prise en charge et les éléments de surveillance d'une HPP doivent être consignés sur une feuille de surveillance spécifique (accord professionnel). »</i></p> <p>- Accouchement par voie basse : <i>« 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 »</i></p> <p>- Accouchement par césarienne : <i>« 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). Le saignement évacué par la filière génitale doit également être comptabilisé (accord professionnel). »</i></p> <p><i>« 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). »</i></p>
Diffusion publique	Diffusion publique des résultats avec l'objectif de performance fixé à 80 % soit 8 dossiers sur 10 comportant les informations demandées.
Type d'indicateur	Indicateur de processus. Pas d'ajustement sur le risque nécessaire.
Numérateur	Nombre de dossiers d'HPPI comportant l'heure du diagnostic d'HPP, la quantification du saignement exprimée en millilitre et, la trace de la réalisation d'un geste endo-utérin (soit une délivrance artificielle soit une révision utérine) au décours du diagnostic d'HPPI après un accouchement par voie basse.
Dénominateur	Nombre de dossiers inclus d'HPPI
Critères d'exclusion	-

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 518 maternités, 444 avaient plus de 10 dossiers d'HPPI identifiés via le PMSI et de ce fait, participent au calcul de la moyenne nationale.

Tableau 8 : Indicateur « Prise en charge initiale de l'HPPI » - Résultats de la campagne 2015 - données 2014

Campagne 2015-Données 2014	
Moyenne nationale pondérée ⁿ	74 %
Nb de maternités	444
Nb total de dossiers	16 726

Cet indicateur n'existait pas sous cette forme au niveau national lors de la campagne 2013 puisqu'il rassemble les 2 indicateurs sur le diagnostic et la réalisation de gestes endo-utérins. En revanche il a été calculé et restitué à chaque maternité. Les simulations sur les données de la campagne 2013 montrent que la moyenne nationale de cet indicateur est égale à 67 % en 2013.

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

- Césarienne (N = 2 453) : 59 % de dossiers conformes
- Voie basse (N = 14 273) : 75 % de dossiers conformes

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

- l'heure de diagnostic est absente dans 12 % des dossiers,
- la quantification du saignement en ml au moment du diagnostic n'est pas tracée dans 17 % des dossiers. En 2013, 24 % des dossiers ne contenaient pas cette information. Les maternités ont donc amélioré cet élément.

Parmi les dossiers d'HPPI analysés, 11 974 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 9 % des dossiers.

Le détail des éléments manquants en 2015 par type d'accouchement est le suivant :

Éléments manquants – nombre de dossiers	Césarienne 2 453	Voie basse 14 273
Heure du diagnostic absente	602 (25 %)	1373 (10 %)
Quantification en ml absente	730 (30 %)	730 (15 %)
Il n'y a ni trace de délivrance artificielle ni trace de révision utérine		1105 (9 %)

Distribution des établissements en fonction de leur résultat

Comme le montrent les statistiques descriptives du Tableau 11, la variabilité inter-maternités est grande sur cet indicateur : 50 % des maternités ont un résultat inférieur à 78 %.

ⁿ Moyenne pondérée par le nombre de séjours éligibles par établissement - Cf. Annexe 1 (estimation des références)

Tableau 9 : Indicateur « Prise en charge initiale de l'HPPI » - Statistiques descriptives et variabilité nationale en 2015

Campagne 2015-Données 2014		Variabilité inter-maternités ^o
Nombre de maternités	444	
Résultat minimum	0 %	
Résultat maximum	100 %	
1er quartile	67 %	
Médiane	78 %	
3ème quartile	85 %	

Classement des établissements en fonction de l'objectif de performance

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

Tableau 10 : Indicateur « Prise en charge initiale de l'HPPI » - Campagne 2015 - données 2014 – Positionnement des établissements par rapport à l'objectif national de performance de 80 %

Objectif national de performance fixé à 80 %	Classe A	Classe B	Classe C
Prise en charge initiale de l'HPPI	37 (8 %)	276 (62 %)	131 (30 %)

Constats principaux concernant la « Prise en charge initiale de l'HPPI »

- La moyenne nationale pondérée de l'indicateur diffusé publiquement en 2015 est de 74 %. Cet indicateur n'existait pas sous cette forme au niveau national lors de la campagne 2013, en revanche il était calculé et restitué à chaque maternité. Les simulations sur les données de 2013 montrent que la moyenne nationale serait égale à 67 %.
- 7 maternités sur 10 ont atteint ou dépassé l'objectif de performance fixé à 80 %.
- Comme les maternités disposaient des résultats de 2 indicateurs maintenant agrégés, leur amélioration est évaluable. Elle a porté sur la traçabilité de la quantification en ml des saignements (+7 points), qui était l'élément le moins bien tracé. Le pourcentage de dossiers (environ 10 %) sans horaire de diagnostic est stable, ainsi que celui de dossiers sans geste endo-utérin.
- Les marges d'amélioration existent encore puisque :
 - o Seulement 7 femmes sur 10 ont un dossier contenant l'ensemble des éléments demandés.
 - o 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

^o Chaque barre horizontale représente le score d'un ES et son intervalle de confiance à 95%. La barre verticale est la moyenne nationale pondérée.

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 2015, 518 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 2014. Ce sont en tout près de 47 700 dossiers qui ont été analysés.

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 sont clairement entrées dans une démarche d'amélioration de leur pratique, en suivant les recommandations, comme le démontre l'évolution de leurs résultats de cette 3ème campagne de recueil.

→ Leur organisation est de plus en plus 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.
- 97 % des maternités préconisent à leur équipe l'utilisation d'un sac de recueil pour quantifier les pertes sanguines : 8 sur 10 demandent qu'il soit utilisé dès l'expulsion fœtale.
- Si elles sont toujours la même proportion à organiser des EPP sur la thématique de l'hémorragie du post-partum, la traçabilité de ces réunions permettant un suivi des décisions a nettement progressé. De même, elles sont 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 85 %, en progression de +5 points entre les deux campagnes.
- Celle de l'indicateur « Surveillance clinique minimale en salle de naissance » est de 65 %. Il a progressé de +12 points entre les deux campagnes.
- La moyenne nationale pondérée de l'indicateur agrégé « Prise en charge initiale de l'HPPI » est de 74 %. Cet indicateur n'existait pas sous cette forme au niveau national lors de la campagne 2013^p, mais d'après les simulations sur les données 2013, la moyenne aurait été de 67 %.

→ 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 », près 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 11 % des dossiers (3 417 dossiers), bien que cette molécule soit reconnue comme un élément majeur de la prévention de la survenue d'HPP.
- Environ 4 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 8 dossiers sur 10 dans lesquelles la surveillance clinique minimale après l'accouchement est complète.

^p il était néanmoins calculé et restitué à chaque maternité.

- Seulement 7 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.

→ **Les axes d'amélioration déductibles des résultats de la campagne 2015 sont peu différents de ceux de 2013.**

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 troisième campagne a mis en évidence les efforts réalisés par la majorité des maternités au cours des 3 dernières années en se basant sur des mesures fiables. Elle a permis 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.

Résultats 2015 du contrôle qualité du recueil dans le cadre de l'orientation nationale d'inspection contrôle (ONIC)

Résultats du contrôle qualité du recueil

20 ARS sur les 26 ARS (77 %) ont participé à l'ONIC 2015.

Au total, 518 maternités ont participé à la campagne nationale de recueil des indicateurs du thème « prévention et prise en charge de l'HPP » : parmi elles, 70 ont été contrôlées par une ARS (13 %).

Indicateurs du thème « prévention et prise en charge de l'HPP »	Nombre d'établissements de santé dont le recueil est non validé par le contrôle*
Indicateur « prévention de l'hémorragie lors de la délivrance après un accouchement (1 ^{er} niveau d'exigence) »	1 ES (1 % total ES contrôlés)
Indicateur « surveillance clinique minimale en salle de naissance après un accouchement »	6 ES (9 % total ES contrôlés)
Indicateur « Prise en charge initiale d'une HPPI »	4 ES (6 % total ES contrôlés)

*Lecture du tableau :

Pour 6 établissements, le contrôle réalisé par l'ARS n'a pas validé le recueil réalisé par l'établissement 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 20 février 2015). 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 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 novembre de chaque année. Les résultats des indicateurs sont diffusés sur Scope Santé après contrôle.

Les résultats des indicateurs IPAQSS 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 donc 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 : Dispersion des maternités en fonction du nombre d'accouchements réalisés en 2014 et du nombre d'HPPI codées dans le PMSI	9
Tableau 2 : Indicateur « Prévention de l'hémorragie lors de la délivrance après un accouchement » - Résultats de la campagne 2015 - données 2014.....	13
Tableau 3 : Indicateur « Prévention de l'hémorragie lors de la délivrance après un accouchement » - Campagne 2015 - données 2014 -Statistiques descriptives et variabilité nationale en fonction des niveaux de l'indicateur en 2015.....	14
Tableau 4 : Indicateur « Prévention de l'hémorragie lors de la délivrance après un accouchement » - Campagne 2015 - données 2014 – Positionnement des établissements par rapport à l'objectif national de performance de 80 %	14
Tableau 5 : Indicateur « Surveillance clinique minimale en salle de naissance » - Résultats de la campagne 2015 - données 2014.....	17
Tableau 6 : Indicateur « Surveillance clinique minimale en salle de naissance » - Statistiques descriptives et variabilité nationale en 2015.....	17
Tableau 7 : Indicateur « Surveillance clinique minimale en salle de naissance » – Positionnement des établissements par rapport à l'objectif national de performance de 80 %	18
Tableau 8 : Indicateur « Prise en charge initiale de l'HPPI » - Résultats de la campagne 2015 - données 2014.....	20
Tableau 9 : Indicateur « Prise en charge initiale de l'HPPI » - Statistiques descriptives et variabilité nationale en 2015.....	21
Tableau 10 : Indicateur « Prise en charge initiale de l'HPPI » - Campagne 2015 - données 2014 – Positionnement des établissements par rapport à l'objectif national de performance de 80 %.....	21
Tableau 11 : Indicateur « Prévention de l'hémorragie lors de la délivrance après un accouchement - Niveau 1 » - Moyennes régionales pondérées (en %) - Campagne 2015 - données 2014.....	26
Tableau 12 : Indicateur « Prévention de l'hémorragie lors de la délivrance après un accouchement - Niveau 2 » - Moyennes régionales pondérées (en %) - Campagne 2015 - données 2014.....	27
Tableau 13 : Indicateur « Surveillance clinique minimale en salle de naissance »- Moyennes régionales pondérées (en %) - Campagne 2015 - données 2014	28
Tableau 14 : Indicateur « Prise en charge initiale de l'HPPI » Moyennes régionales pondérées (en %) - Campagne 2015 - données 2014.....	29

Annexe I. Tableaux des moyennes régionales par indicateur

Tableau 11 : Indicateur « Prévention de l'hémorragie lors de la délivrance après un accouchement - Niveau 1 » - Moyennes régionales pondérées (en %) - Campagne 2015 - données 2014

ES composant la référence nationale	Moyenne nationale
518	85

Régions	Nbre d'ES avec effectif N>= 10	Moyenne par région
Alsace	14	93
Aquitaine	28	80
Auvergne	10	93
Basse Normandie	13	94
Bourgogne	13	90
Bretagne	22	82
Centre	21	82
Champagne Ardenne	13	88
Corse	4	89
Franche Comté	9	93
Guadeloupe	5	86
Guyane	4	87
Haute Normandie	13	82
Ile de France	89	85
Languedoc Roussillon	20	89
Limousin	8	69
Lorraine	19	88
Martinique	3	79
Midi Pyrénées	27	85
Nord Pas de Calais	35	87
Océan Indien	7	84
PACA	38	83
Pays de la Loire	23	83
Picardie	15	64
Poitou Charentes	14	78
Rhône Alpes	50	89
Service de santé des armées	1	92

Tableau 12 : Indicateur « Prévention de l'hémorragie lors de la délivrance après un accouchement - Niveau 2 » - Moyennes régionales pondérées (en %) - Campagne 2015 - données 2014

ES composant la référence nationale	Moyenne nationale
518	55

Régions	Nbre d'ES avec effectif N>= 10	Moyenne par région
Alsace	14	59
Aquitaine	28	46
Auvergne	10	67
Basse Normandie	13	78
Bourgogne	13	55
Bretagne	22	44
Centre	21	51
Champagne Ardenne	13	53
Corse	4	42
Franche Comté	9	67
Guadeloupe	5	52
Guyane	4	27
Haute Normandie	13	47
Ile de France	89	52
Languedoc Roussillon	20	58
Limousin	8	46
Lorraine	19	66
Martinique	3	51
Midi Pyrénées	27	63
Nord Pas de Calais	35	62
Océan Indien	7	43
PACA	38	61
Pays de la Loire	23	57
Picardie	15	37
Poitou Charentes	14	60
Rhône Alpes	50	61
Service de santé des armées	1	27

Tableau 13 : Indicateur « Surveillance clinique minimale en salle de naissance »- Moyennes régionales pondérées (en %) - Campagne 2015 - données 2014

ES composant la référence nationale	Moyenne nationale
518	65

Régions	Nbre d'ES avec effectif N>= 10	Moyenne par région
Alsace	14	60
Aquitaine	28	57
Auvergne	10	72
Basse Normandie	13	70
Bourgogne	13	61
Bretagne	22	61
Centre	21	62
Champagne Ardenne	13	73
Corse	4	69
Franche Comté	9	83
Guadeloupe	5	82
Guyane	4	76
Haute Normandie	13	73
Ile de France	89	64
Languedoc Roussillon	20	68
Limousin	8	73
Lorraine	19	61
Martinique	3	96
Midi Pyrénées	27	79
Nord Pas de Calais	35	65
Océan Indien	7	70
PACA	38	68
Pays de la Loire	23	60
Picardie	15	43
Poitou Charentes	14	60
Rhône Alpes	50	63
Service de santé des armées	1	88

Tableau 14 : Indicateur « Prise en charge initiale de l'HPPI » Moyennes régionales pondérées (en %) - Campagne 2015 - données 2014

ES composant la référence nationale	Moyenne nationale
444	74

Régions	Nbre d'ES avec effectif N>= 10	Moyenne par région
Alsace	12	69
Aquitaine	21	68
Auvergne	9	90
Basse Normandie	12	86
Bourgogne	11	69
Bretagne	21	77
Centre	16	73
Champagne Ardenne	10	65
Corse	2	55
Franche Comté	7	87
Guadeloupe	3	70
Guyane	4	73
Haute Normandie	10	79
Ile de France	76	73
Languedoc Roussillon	16	73
Limousin	8	63
Lorraine	18	74
Martinique	3	67
Midi Pyrénées	20	78
Nord Pas de Calais	31	80
Océan Indien	7	79
PACA	37	71
Pays de la Loire	22	81
Picardie	13	60
Poitou Charentes	11	84
Rhône Alpes	43	70
Service de santé des armées	1	76

Annexe II. 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 plateforme QualHAS - Campagne nationale IPAQSS 2013 », 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 plateforme 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 chargé 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 trois 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 notation 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 III : Grille de recueil 2015

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 exclu car 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	O 1 - Délivrance artificielle O 2 - Délivrance non artificielle O 3 - Non retrouvée
ACC 2	Trace d'une Délivrance Dirigée	O Oui O Non
ACC 3	Trace de l'injection prophylactique d'ocytocine	O Oui O Non
ACC 3bis	Vous avez coché non aux deux questions précédentes, est-il tracé dans le dossier de la parturiente qu'elle refuse l'injection prophylactique d'ocytocine	O Oui O 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	O Oui O Non
ACC 5	Si Oui, trace de :	
ACC 5.1	Heure d'injection	O Oui O Non
ACC 5.2	Dose	O Oui O Non
ACC 5.3	Voie d'administration	O Oui O Non
ACC 6	Conclusion de l'examen du placenta tracée	O Oui O Non
ACC 7	Pouls tracé au moins 1 fois dans les 2h	O Oui O Non O Ne sais pas
ACC 7.1	Si Oui, au minimum 2 fois	O Oui O Non O Ne sais pas
ACC 8	Tension artérielle tracée au moins 1 fois dans les 2h	O Oui O Non O Ne sais pas
ACC 8.1	Si Oui, au minimum 2 fois	O Oui O Non O Ne sais pas
ACC 9	Evaluation de la qualité du globe utérin tracée au moins 1 fois dans les 2h	O Oui O Non O Ne sais pas
ACC 9.1	Si Oui, au minimum 2 fois	O Oui O Non O Ne sais pas
ACC 10	Evaluation qualitative ou quantitative de la perte sanguine tracée au moins 1 fois dans les 2h	O Oui O Non O Ne sais pas
ACC 10.1	Si Oui, au minimum 2 fois	O Oui O Non O Ne sais pas
ACC 11	Trace de l'examen médical autorisant la sortie de la salle de naissance	O Oui O Non

Questionnaire pour les dossiers d'HPPI		
HPP 1	Trace de l'heure du diagnostic d'HPP	O Oui O Non
HPP1.1	Information présente sur un support spécifique (feuille de surveillance rapprochée ou fiche spécifique du post-partum)	O Oui O Non
HPP 2	Trace en ml de la quantification du saignement au moment du diagnostic	O Oui O Non
HPP 2.1	Information présente sur un support spécifique (feuille de surveillance rapprochée ou fiche spécifique du post-partum)	O Oui O 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 ?	O Oui O Non O Ne sais pas
HPP 4	Trace d'une délivrance artificielle	O Oui O Non
HPP 5	Trace d'une révision utérine	O Oui O Non

Questionnaire établissement (à ne remplir qu'une fois)

Q0	Niveau 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	Utilisation d'une feuille de surveillance rapprochée en cas d'HPP	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Q 2.1	Si oui, la feuille est présente, par défaut, dans les dossiers	<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="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="radio"/> Non retrouvée
Q6	Trace de CR de RMM réalisée depuis le 1er janvier 2013 et concernant des dossiers d'obstétrique	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Q7	En 2014, 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

1. HAS-Recommandations pour la pratique clinique « Hémorragies du post-partum immédiat»- Novembre 2004- Disponible sur www.has-sante.fr
2. Actualisation du CNGOF décembre 2014 : Sentilhes et al, Hémorragie du post-partum : recommandations pour la pratique clinique - Texte des recommandations (texte court) ;
3. 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 ;
4. 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 ;
5. 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
6. Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles 2007-2009 - Rapport du Comité national d'experts sur la mortalité maternelle (CNEMM) oct. 2013. Disponible sur : www.inserm.fr



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr