

1. HÉMORRAGIE DU POST PARTUM (HPP)

1.1. DÉFINITION DE L'HPP

La délivrance constitue la troisième et dernière phase de l'accouchement, elle se définit par « l'expulsion naturelle ou extraction des annexes du fœtus (cordon, placenta, membranes) » hors du tractus génital maternel [1]. La délivrance assure donc la vacuité utérine et l'hémostase. La délivrance a donc pour objectif d'arrêter les saignements physiologiques après un accouchement. Ces saignements physiologiques ont déjà été décrits par le Docteur Brindeau, dans son ouvrage « la pratique et l'art des accouchements ». Il y explique que tout accouchement engendre de manière physiologique une hémorragie comprise entre 50 et 300 ml [2].

À l'heure actuelle, on définit l'hémorragie du post-partum immédiate (HPPI) comme une perte sanguine supérieure à 500 ml dans les 24 premières heures suivant un accouchement [3]. Il n'y a plus de distinction entre les pertes suivant une césarienne ou un accouchement par voie basse (AVB). En effet, cette notion est indiquée dans les nouvelles recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) de 2014 concernant la prise en charge de l'HPP, cette définition est également celle reprise par les anglo-saxons. Cependant, elle précise que le début de prise en charge doit tenir compte du contexte clinique [3, 4].

L'hémorragie sévère du post-partum (HPPS) se définit elle par une perte sanguine de plus de 1000 ml [4].

1.2. ÉPIDÉMIOLOGIE DE L'HPP

1.2.1. HPP en France [3, 4]

Dans les études en population rapportées par le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF), l'incidence est d'environ 5% des accouchements lorsque la mesure des pertes sanguines est imprécise, et autour de 10% lorsque les pertes sanguines sont précisément quantifiées. Leur fréquence varie entre 2 et 9% selon les études.

L'HPPS a une incidence d'environ 2%, alors que le pourcentage d'HPP nécessitant une transfusion est d'environ 0,4%.

1.2.2. HPP dans le monde

Dans le monde, la fréquence varie en fonction du niveau de développement du pays mais aussi en fonction des régions, ceci à cause de la disparité des moyens techniques et humains. La fréquence des HPP est donc élevée dans les pays en voie de développement. Cependant, les résultats sont également très probablement sous-estimés à cause des différentes pratiques concernant la quantification des saignements après un accouchement [5].

Notre ratio de mortalité maternelle (1,5/100 000 Naissances vivantes) se rapproche peu à peu des valeurs observées au Royaume Uni et aux Pays Bas, tout en leur restant supérieur mais les comparaisons souffrent de différences assez importantes de classification des pathologies selon les pays [6].

Face à ces chiffres de mortalité, on peut dire que malgré les progrès techniques et les avancées en médecine, la France conserve toujours son taux important de décès en matière d'hémorragie obstétricale.

1.3. HPP COMME INDICATEUR DE SANTE PERINATALE

Dans le cadre de la certification des établissements, la HAS a rendu obligatoire le recueil d'indicateurs de qualité, ces recueils sont effectués grâce au système de calcul IPAQS (indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins). Parmi ces indicateurs on retrouve l'hémorragie du post partum. En effet, l'HPP reste un indicateur fondamental de la qualité de prise en charge en périnatalité. Ceci s'explique par l'importance de sa représentativité dans la part des décès évitables en France [7].

2. MORTALITÉ MATERNELLE

2.1. DÉFINITION

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la mortalité maternelle (MM) comme « le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle, ni fortuite ». [8,9].

Le taux de mortalité maternelle se définit par le rapport du nombre de décès maternels dans une population sur le nombre de femmes en âge de procréer. Il permet de mettre en évidence le risque de décès maternel au décours d'une grossesse ou d'un accouchement. [8,9]

Dans de nombreux pays, comme la France, la mortalité maternelle reste un excellent indicateur de santé et de performance du système de soins. Ceci explique donc l'importance d'étudier la mortalité maternelle afin d'étudier les évolutions et la performance de nos systèmes de santé.

Selon l'OMS, Les morts maternelles se répartissent en deux groupes : [8]

- Les décès pour cause obstétricale directe, c'est-à-dire les décès dus à des complications de la grossesse, du travail ou des suites de naissances ou des traitements incorrects liés à ceux-ci
- Les décès pour cause obstétricale indirecte, c'est-à-dire les décès dus à une maladie préexistante ou à une affection survenant pendant la grossesse

2.2. ÉPIDÉMIOLOGIE

2.2.1. Mortalité en France et dans le monde

Selon le comité national d'experts sur la MM (CNEMM), le taux de mortalité en France entre 2007 et 2009 toutes causes confondues est de 9,6 pour 100 000 naissances vivantes. [6]

La dernière synthèse des causes de MM réalisée par l’OMS à partir des données de 115 pays pour la période 2003-2009 estime que 27% des morts maternelles dans le monde sont dues à une hémorragie obstétricale [3]. En France, on estime ce taux à 18%. [6]

On peut noter une diminution du taux de décès par hémorragies, passant de 2,6 pour 100 000 naissances à 1,5, celui-ci se rapproche petit à petit des valeurs observées chez nos voisins européens. [6]

De plus, le nombre de décès suite à une HPP par atonie a également diminué passant de 33 % en 2004 – 2006 à 21 % en 2007 – 2009. Néanmoins, on observe une augmentation du nombre des hémorragies suite à une anomalie d’insertion placentaire, ceci peut s’expliquer par l’augmentation du nombre de césariennes depuis ces dernières années. [6]

L’étude révèle que l’exhaustivité du recueil et des déclarations s’est améliorée ces dernières années. Ainsi, alors que les décès maternels sont plus relevés par l’étude sur la période 2007 – 2009, on observe tout de même une baisse de la mortalité.

Ces résultats sont la récompense des recommandations publiées en 2004 par la Haute Autorité de Santé et le CNGOF mais aussi de la sensibilisation des professionnels de la maïeutique.

2.2.2. Méthodes de recueil et d’analyse des morts maternelles [6]

- Les enquêtes confidentielles

Elles consistent en une analyse des dossiers de morts maternelles par des experts, dans le but de juger du caractère optimal ou non de la prise en charge, c’est à dire du caractère évitable du décès. Ces analyses vont donner lieu à la formulation de recommandations destinées aux professionnels, afin de pallier aux situations pouvant être évitées par une prise en charge plus adéquate.

Il est fondamental de rappeler que l’estimation des morts maternelles est un indicateur important de l’état de santé de la population.

Ce dispositif a été mis en place en France à partir de 1995. [2]

- Le certificat de décès
- Signalement direct à l’INSERM par les réseaux de périnatalité
- Programme de médicalisation des systèmes d’information médicale

2.3. ÉVITABILITÉ DE LA MM PAR HPP [6]

Les experts définissent l'évitabilité d'un décès comme probable ou certaine si la modification des soins prodigués ou si l'attitude de la patiente auraient pu éviter la mort de celle-ci. Ils ont également défini plusieurs facteurs d'évitabilité tels que les traitements inadaptés, le retard au diagnostic et au traitement, les erreurs diagnostiques et la négligence de la patiente.

Dans l'étude menée par le CNEMM entre 2007 et 2009, les soins sont édités « non optimaux » pour 59,5% des décès toutes causes confondues. Cependant, il y a une baisse significative par rapport à la période de 1998-2000. Concernant les hémorragies, de nos jours les soins non optimaux représentent 81,3% des causes de décès évitables suite à une hémorragie.

Pour conclure, les hémorragies représentent 83,9% de décès évitables. Ceci est difficilement compréhensible par le fait que notre pays a subi de nombreuses améliorations techniques et opté pour une politique de sensibilisation importante à la prévention et à la prise en charge des HPP.

2.4. OBJECTIF DU MILLENAIRE POUR LE DEVELOPPEMENT [10]

Dans la conférence sur les objectifs du millénaire pour le développement de 2015, l'amélioration de la santé maternelle fait partie des items à aborder et à développer. L'objectif de cette conférence est de réduire de trois quarts le taux de mortalité maternelle entre 1990 et 2015.

Depuis 1990, le taux de mortalité maternelle a diminué de moitié dans le monde, cette diminution a été la plus effective dans les années 2000. Ceci peut s'expliquer par la mise en place de recommandations pour la pratique clinique et par la mise en place de système d'analyse des morts maternelles.

3. ÉVOLUTION DES PRATIQUES ÉVALUATIVES ET DES RECOMMANDATIONS CONCERNANT L'HPP

3.1. ÉVOLUTION DES RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE CLINIQUE

3.1.1. Définition des recommandations

Selon la HAS, « les recommandations de bonne pratique (RBP) sont des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données. » [11]

Ces recommandations permettent d'améliorer la qualité et la sécurité des soins dispensés aux patients. En effet, elles sont évolutives, se construisent grâce aux connaissances scientifiques et s'appuient sur des études de pratiques professionnelles réalisées en population.

La principale méthode pour élaborer des RBP est la méthode recommandation pour la pratique clinique (RPC). Ces RPC sont édifiées par un ensemble de professionnels s'appuyant sur une revue de la littérature et validées après discussion et concertation.

Ces recommandations ne constituent pas une obligation mais plutôt une aide à la prise de décision quant à la stratégie préventive et thérapeutique à mettre en place pour une situation donnée (11).

3.1.2. Evolution des RPC sur l'HPP

L'HPP reste une des complications les plus redoutées par les professionnels de la périnatalité. Par conséquent, le CNGOF a formulé des RPC afin d'aider les établissements et les professionnels de la santé à mettre en place des mesures optimales de prévention et de prise en charge de cette pathologie.

Comme développé précédemment, le rapport de la CNEMM sur la période 2007 et 2009 a montré une baisse de la mortalité maternelle par HPP dans notre pays, ceci est la conséquence probable de la mise en place des premières recommandations en 2004. [12]

En 2014, le CNGOF a proposé une réactualisation de ces premières recommandations afin d'améliorer d'avantage nos pratiques françaises et de les uniformiser.

3.2. MULTIPLICATION DES DIFFÉRENTES ÉTUDES

- *Initiative mondiale FIGO/ICM quant à la prévention de l'HPP*

En novembre 2003, la Fédération Internationale des Gynécologues Obstétriciens (FIGO) et la confédération internationale des sages femmes (ICM) ont émis une déclaration commune (« la charte d'Ottawa ») quant à la prise en charge active de la troisième phase afin de prévenir les HPP ainsi que leurs conséquences.

De surcroît, en 2006 une nouvelle déclaration conjointe a été élaborée avec les nouvelles recommandations de prévention et de prise en charge de l'HPP. [13, 14]

- *Comité National d'Experts sur la Mortalité Maternelle [12]*

Ce comité a été créé en 1995 par le ministère de la santé sous la tutelle de la HAS. Il a pour mission d'examiner les décès documentés par une enquête confidentielle, puis d'identifier les facteurs en cause dans la survenue du décès et enfin de proposer des mesures de prévention.

La procédure d'analyse s'effectue en trois étapes : tout d'abord une identification des décès associés à la grossesse, ensuite la documentation du décès et la revue et enfin le classement des décès.

- *Indicateurs relatifs à la qualité de prise en charge des HPP [7]*

Une étude de Messarat Haddouche et al. dans le cadre de la loi Hôpital Patient Santé et Territoire (HPST), a validé cinq indicateurs relatifs à la qualité de la prévention et de la prise en charge des hémorragies du post-partum. Ces indicateurs ont permis de comparer des établissements et de faire avancer les pratiques dans certains. En effet, ces indicateurs sont des axes d'amélioration de la prévention et de la prise en charge.

Ils consistent en :

- Traçabilité dans les dossiers des modalités de la délivrance, de la trace d'une injection prophylactique d'ocytocine et la trace d'une analyse du placenta

- Traçabilité de la surveillance clinique effectuée après la délivrance dans les deux heures suivant l'accouchement ainsi qu'un examen autorisant la sortie
- Traçabilité de l'heure du diagnostic de l'HPP et la quantification des saignements
- Traçabilité d'un geste endo utérin réalisé suite au diagnostic d'HPP
- Traçabilité de l'antibioprophylaxie avec l'heure, la posologie et la voie d'administration

Cela permet donc d'identifier les établissements les plus performants et de faire partager leur pratique afin d'améliorer la prévention et la prise en charge des HPP.

3.3. ETUDE DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Une étude des pratiques au sein d'une structure consiste à analyser son activité clinique et paraclinique réalisée en lien avec les recommandations actualisées. Ceci dans le but de mettre en évidence des axes d'amélioration et ainsi d'optimiser la qualité des soins délivrés aux patients.

L'enjeu de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) est de répondre aux exigences légitimes des patients et des usagers du système de santé.

L'EPP s'inscrit donc dans une dynamique globale d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. [15, 16, 17]

MCours.com