



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

# **Indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins**

## **Prévention et Prise en charge initiale de l'hémorragie du post-partum immédiat (PP-HPP)**

---

### **Fiches descriptives des indicateurs retenus pour la campagne 2017**

---

Contact: [ipaqss@has-sante.fr](mailto:ipaqss@has-sante.fr)

Site Web: [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1172253/ipaqss-hpp-outils-necessaires-au-recueil-des-indicateurs](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1172253/ipaqss-hpp-outils-necessaires-au-recueil-des-indicateurs)

**Direction de l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins  
Service Indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (IPAQSS)**

# Prévention et Prise en charge initiale de l'hémorragie du post-partum immédiat (PP-HPP)

## Fiches descriptives des indicateurs de qualité et de sécurité des soins

### Importance du thème

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

En France de 2007 à 2009, bien qu'une diminution significative des décès maternels par hémorragies soit mise en évidence pour la première fois au cours des dix dernières années de l'enquête confidentielle, les hémorragies obstétricales sont encore responsables de 18 % de la mortalité maternelle. Elles constituent toujours la première cause de décès maternel, dont 84 % de ces décès sont jugés évitables par les experts<sup>1</sup>.

Depuis 2012, des indicateurs de qualité et de sécurité des soins sur la thématique « prévention et prise en charge initiale des HPP » sont déployés au niveau national à l'ensemble des maternités par la HAS. Validés par le CNGOF (collège national des gynécologues obstétriciens), le CNSF (collège national des sages-femmes de France) et l'équipe de recherche COMPAQ-HPST (pertinence et qualités métrologiques), ils s'appuient sur les recommandations de pratiques cliniques (2004, 2014)<sup>2,3,4,5,6</sup>. Leur finalité est de contribuer à l'amélioration de la sécurité de la femme, réduire les inégalités de prise en charge et d'informer les femmes sur la qualité des maternités.

Les indicateurs sont centrés sur deux aspects de la prise en charge:

- ❖ Une première partie concerne la prévention de l'HPP pour l'ensemble des grossesses puisqu'une surveillance attentive et les techniques prophylactiques de l'HPP permettent une diminution de son incidence
- ❖ Une deuxième partie concerne la qualité de la prise en charge initiale de l'hémorragie du post-partum immédiat qui permet de diminuer le risque de complications graves secondaires à l'hémorragie.

### Les indicateurs en 2017

Le thème « Prévention et Prise en charge de l'hémorragie du post-partum immédiat » est composé de 3 indicateurs :

#### Prévention de l'HPP lors de l'accouchement :

1. Prévention de l'hémorragie lors de la délivrance après un accouchement (Délivrance) (2 niveaux)
2. Surveillance clinique minimale en salle de naissance après l'accouchement

#### Prise en charge initiale de l'hémorragie du post-partum immédiat :

3. Prise en charge initiale de l'HPPI (indicateur englobant le Diagnostic d'HPPI et la réalisation d'un geste endo-utérin lié au diagnostic d'HPPI).

Ils se répartissent sur 2 groupes de dossiers : les deux premiers concernent les dossiers d'accouchements, le dernier les dossiers codés dans le PMSI « hémorragies du post-partum immédiat ».

L'ensemble des maternités est concerné par ce recueil d'indicateurs.

### Echantillons

Pour chaque maternité, le recueil des indicateurs porte sur deux échantillons aléatoires de 60 séjours chacun maximum, séjours tirés au sort dans la base PMSI de la maternité :

#### Critères d'inclusion PMSI

1. **Le premier échantillon** est constitué de séjours d'accouchements sur une année : séjours avec le code Z37 en DA.

Il permet de recueillir les données nécessaires aux indicateurs sur la prévention lors de la délivrance et sur la surveillance clinique minimale en salle de naissance.

2. **Le deuxième échantillon** est constitué de séjours d'accouchements avec une hémorragie du post-partum immédiat sur une année : séjours avec le code Z37 en DA associé à un code O72.0 (hémorragie de la délivrance) ou O72.1 (hémorragie immédiates du post-partum) en DP, DR ou DA.

Il permet de recueillir les données nécessaires au calcul de l'indicateur global sur le diagnostic et les gestes endo-utérins.

<sup>1</sup> 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](http://www.inserm.fr).

<sup>2</sup> HAS, Hémorragies du post-partum immédiat 2004

<sup>3</sup> Actualisation du CNGOF décembre 2014 : Sentilhes et al, Hémorragie du post-partum : recommandations pour la pratique clinique - Texte des recommandations (texte court) ;

<sup>4</sup> 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 ;

<sup>5</sup> 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 ;

<sup>6</sup> 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.

<b>Critères d'exclusion PMSI</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• les séjours en GHM « accouchement hors de l'établissement » : 14Z09</li><li>• les séjours avec un GHM erreur.</li></ul>
<b>Critères d'exclusion secondaire</b>	Aucun

Fiche descriptive de l'indicateur : <b>Prévention de l'hémorragie lors de la délivrance après un accouchement (DELivrance)</b>	
<b>Définition</b>	<p>Cet indicateur, présenté sous la forme d'un taux, évalue par la traçabilité dans le dossier, la modalité de la délivrance, la réalisation d'une injection préventive d'ocytocine et le contrôle de l'état du placenta.</p> <p>Il est composé de deux niveaux d'exigence croissante : le niveau 1 évalue le suivi des recommandations. Le niveau 2 évalue en plus la traçabilité de l'injection* de l'ocytocine.</p> <p><small>*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.</small></p>
<b>Recommandations</b>	<p>L'actualisation des recommandations en 2014 précise <sup>3</sup> :</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 dégagement 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></p> <p><i>Accouchement par césarienne : (...) La délivrance par traction contrôlée du cordon est associée à des pertes sanguines moins importantes que la délivrance manuelle (grade B). Une injection en IV lente sur au moins une minute de 5 à 10 UI d'ocytocine est recommandée (grade A). (...) »</i></p> <p>Les recommandations de 2004 indiquent que <sup>2</sup>: <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>
<b>Numérateurs</b>	<p><b>Niveau 1</b> Nombre de dossiers d'accouchement comportant la modalité de la délivrance, la trace d'une injection préventive d'ocytocine et, en cas de voie basse, une conclusion de l'examen du placenta.</p> <p><b>Niveau 2</b> 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>
<b>Dénominateur</b>	Nombre total de dossiers d'accouchements (cf. partie échantillon page 1).
<b>Critères d'exclusion</b>	-
<b>Type d'indicateur</b>	Indicateur de processus. Ajustement sur le risque : non.
<b>Mode d'évaluation de l'indicateur</b> « DEL »	Recueil rétrospectif sur dossier Pour chaque dossier, l'ensemble des éléments demandés sont recherchés et le ratio [éléments retrouvés sur éléments recherchés] est calculé. L'indicateur est la moyenne des ratios calculés sur les dossiers analysés.
<b>Comparaison à l'objectif national de performance</b> <b>Diffusion publique</b>	Uniquement pour le niveau 1 : objectif fixé à 80 % soit 8 dossiers sur 10 comportant les informations demandées.  Diffusion publique des résultats du niveau 1 (résultat par établissement sur <a href="http://www.scopesante.fr">www.scopesante.fr</a> )

## Algorithmes de calcul « DEL »

**Niveau 1** : Proportion de dossiers d'accouchement comportant la modalité de la délivrance, la mention d'une injection préventive d'ocytocine et une conclusion, en cas de voie basse, de l'examen du placenta

**Niveau 2** : Proportion de dossiers d'accouchement comportant la modalité de la délivrance, la trace d'une injection préventive 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

### DEL Niveau 1 :

$\text{Pourcentage de dossiers} = \frac{\sum_{i=1}^{60} [\text{num IND DEL1}]}{\sum_{i=1}^{60} [\text{den IND DEL1}]}$	Dossier i : [num IND DEL1]	[Si Pp-HPP12=voiebasse alors (ACC1 = 1 ou ACC1 = 2) Et [[ACC2 = Oui Ou (ACC3 = Oui Et ACC4 = Oui)] ou ACC3bis=oui] Et ACC6= Oui)] OU [Si Pp-HPP12=cesarienne alors (ACC1 = 1 ou ACC1 = 2) Et [[ACC2 = Oui Ou (ACC3 = Oui Et ACC4 = Oui)] ou ACC3bis=oui]] Alors [num IND DEL1] = 1 Sinon [num IND DEL1] = 0 FinSi
	Dossier i : [den IND DEL1]	Dossier inclus dans la liste ACC, ie : [PP-HPP 7] = « liste accouchement » Et [PP-HPP 9] = « Retrouvé »

### DEL Niveau 2 :

$\text{Pourcentage de dossiers} = \frac{\sum_{i=1}^{60} [\text{num IND DEL2}]}{\sum_{i=1}^{60} [\text{den IND DEL2}]}$	Dossier i : [num IND DEL2]	[Si Pp-HPP12=voiebasse alors Si ([ACC1] = 1 ou [ACC1] = 2) Et [ACC3bis=oui ou (ACC3 = Oui Et ACC4 = Oui Et ACC5.1 = Oui Et ACC5.2 = Oui Et ACC5.3 = Oui)] Et ACC6= Oui] OU [Si Pp-HPP12=césarienne alors Si ([ACC1] = 1 ou [ACC1] = 2) Et [ACC3bis=oui ou (ACC3 = Oui Et ACC4 = Oui Et ACC5.1 = Oui Et ACC5.2 = Oui Et ACC5.3 = Oui)]] Alors [num IND DEL2] = 1 Sinon [num IND DEL2] = 0 FinSi
	Dossier i : [den IND DEL2]	Dossier inclus dans la liste ACC

Fiche descriptive de l'indicateur : <b>Surveillance clinique minimale en salle de naissance après l'accouchement (SURMIN)</b>	
<b>Définition</b>	<p>Cet indicateur, présenté sous la forme d'un taux, évalue la surveillance clinique minimale* dans les 2 heures qui suivent l'accouchement et l'examen médical autorisant la sortie de la patiente de la salle de naissance.</p> <p>* La surveillance clinique minimale demandée est composée de 4 paramètres : mesure du pouls, de la tension artérielle, évaluations de la qualité du globe utérin et des pertes sanguines effectuées au moins à 2 reprises dans les deux heures suivant l'accouchement.</p>
<b>Recommandations</b>	<p>Code de la santé publique - Article D6124-40 :</p> <p><i>« 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. »</i></p> <p>Les recommandations 2014 détaillent par rapport à celle de 2004 :</p> <p><i>« (...) Les données de cette surveillance sont analysées à intervalles réguliers et reportées dans le dossier médical, rythme adapté à la situation clinique et aux FDR. Elle comprend pouls, TA, saignements et globe utérin. Elle est reportée sur le partogramme dès que cela est possible ou un document spécifique. »<sup>5</sup></i></p> <p><i>« Une surveillance maternelle en SSPI est recommandée pendant une durée minimale de deux heures. La précocité du diagnostic d'HPP dépend de la qualité de la surveillance en SSPI. (...) Le suivi en SSPI comporte la surveillance non spécifique d'un réveil anesthésique (constantes hémodynamiques, diurèse, température, volume des drains éventuels...) ainsi que la surveillance spécifique liée à la césarienne qui doit porter sur : l'abondance des saignements vaginaux extériorisés, le volume et la tonicité utérine, l'aspect de la paroi abdominale (...). 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). »<sup>6</sup></i></p>
<b>Numérateur</b>	<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>
<b>Dénominateur</b>	Nombre total de dossiers d'accouchements (cf. partie échantillon page 1).
<b>Type d'indicateur</b>	Indicateur de processus. Ajustement sur le risque : non.
<b>Mode d'évaluation de l'indicateur</b>	Recueil rétrospectif sur dossier Pour chaque dossier, l'ensemble des éléments demandés sont recherchés et le ratio [éléments retrouvés sur éléments recherchés] est calculé. L'indicateur est la moyenne des ratios calculés sur les dossiers analysés.
<b>Comparaison à l'objectif national de performance</b>	Objectif fixé à 80 % soit 8 dossiers sur 10 comportant les informations demandées.
<b>Diffusion publique</b>	Diffusion publique des résultats (résultat par établissement sur <a href="http://www.scopesante.fr">www.scopesante.fr</a> )

## Algorithme de calcul « SURMIN »

Proportion 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.

\* 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>Pourcentage de dossiers =</p> $\frac{\sum_{i=1}^{60} [\text{num IND SURMIN}]}{\sum_{i=1}^{60} [\text{den IND SURMIN}]}$	<p>Dossier i :</p> <p>[num IND SURMIN]</p>	<p>Si [ACC 7.1] = « Oui » Et [ACC 8.1] = « Oui » Et [ACC 9.1] = « Oui » Et [ACC 10.1] = « Oui » Et [ACC 11] = « Oui »                      Alors [num IND SURMIN] = 1                      Sinon [num IND SURMIN] = 0                      FinSi</p>
	<p>Dossier i :</p> <p>[den IND SURMIN]</p>	<p>Dossier inclus dans la liste ACC</p>

**Fiche descriptive de l'indicateur :**  
**Prise en charge initiale de l'HPPI (PECI HPPI)**

<b>Définition</b>	<p>Cet indicateur est mesuré à partir des dossiers d'accouchements au cours desquels est survenue une HPPI.</p> <p>Présenté sous la forme d'un taux, il évalue la quantification de l'hémorragie au moment du diagnostic par la traçabilité de l'heure du diagnostic et la quantification en millilitres du saignement au moment du diagnostic, et la réalisation systématique d'un geste endo-utérin* à la suite d'un diagnostic d'HPPI.</p> <p>*L'évaluation de la réalisation du geste endo-utérin ne concerne que les accouchements par voie basse au cours desquels est survenue une HPPI dont l'origine n'est pas exclusivement cervico-vaginale</p>
<b>Recommandations</b>	<p><u>Partie diagnostic et quantification :</u></p> <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>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). »<sup>3,6</sup></i></p> <p>- <i>Accouchement par voie basse : « Le diagnostic de l'HPP nécessite d'évaluer au plus près le volume sanguin perdu après l'accouchement (...). L'heure du diagnostic de l'hémorragie doit être notée »<sup>5</sup></i></p> <p>- <i>Accouchement par césarienne : « Les pertes sanguines en cours de césarienne sont difficiles à évaluer. L'estimation des pertes par la mesure du volume aspiré duquel on retire le volume de liquide amniotique associé à la pesée des compresses imbibées est la méthode à utiliser en pratique (accord professionnel). Le saignement évacué par la filière génitale doit également être comptabilisé (accord professionnel). »<sup>3</sup></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). »<sup>6</sup></i></p> <p><u>Partie sur les gestes end-utérins :</u></p> <p>Les recommandations 2004 indiquent que :</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>Celles de 2014 ne précisent rien de plus.</p>
<b>Numérateur</b>	<p>Nombre de dossiers d'HPPI comportant l'heure du diagnostic d'HPP, la quantification du saignement exprimée en millilitre et, en cas de voie basse avec une hémorragie non exclusivement d'origine cervico-vaginale, la trace de la réalisation d'un geste endo-utérin (soit une délivrance artificielle ou soit une révision utérine) au décours du diagnostic d'HPP.</p>
<b>Dénominateur</b>	<p>Nombre de dossiers inclus d'HPP (cf. partie échantillon page 1)</p>
<b>Type d'indicateur</b>	<p>Indicateur de processus. Ajustement sur le risque : non.</p>
<b>Mode d'évaluation de l'indicateur</b>	<p>Recueil rétrospectif sur dossier</p> <p>Pour chaque dossier, l'ensemble des éléments demandés sont recherchés et le ratio [éléments retrouvés sur éléments recherchés] est calculé. L'indicateur est la moyenne des ratios calculés sur les dossiers analysés.</p>
<b>Comparaison à l'objectif national de</b>	<p>Objectif fixé à 80 % soit 8 dossiers sur 10 comportant les informations demandées.</p>

<b>performance</b> <b>Diffusion publique</b>	Diffusion publique des résultats (résultat par établissement sur <a href="http://www.scopesante.fr">www.scopesante.fr</a> )	
<b>Algorithme de calcul « PECI_HPPI »</b>		
Proportion de dossiers d'HPPI comportant la trace de l'heure du diagnostic d'HPP, la quantification du saignement exprimée en millilitre et, en cas d'accouchement par voie basse au cours duquel est survenue une HPPI dont l'origine n'est pas exclusivement cervico-vaginale, la trace d'un geste endo-utérin réalisé au décours du diagnostic d'HPP		
Pourcentage de dossiers = $\frac{\sum_{i=1}^{60} [\text{num IND PECI\_HPPI}]}{\sum_{i=1}^{60} [\text{den IND PECI\_HPPI}]}$	Dossier i : [num IND PECI_HPPI]	Dossier inclus dans la liste HPP, ie : [PP-HPP 7] = « liste HPP » Et [PP-HPP 9] = « Retrouvé » Si [HPP1=1 Et HPP2=1 Et (HPP4=1 ou HPP5=1)] OU [HPP1=1 Et HPP2=1 Et (HPP3=1 Ou PPHPP12=« césarienne »)]  Alors [num IND PECI_HPPI] = 1 Sinon [num IND PECI_HPPI] = 0 FinSi
	Dossier i : [den IND PECI_HPPI]	Dossier inclus dans la liste HPP, ie : [PP-HPP 7] = « liste HPP » Et [PP-HPP 9] = « Retrouvé »

<b>Modifications réalisées depuis le déploiement national de PP-HPP</b>
<b>Indicateurs recueillis lors du premier recueil national en 2012 (données 2011)</b>
Prévention de l'HPP lors de l'accouchement : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Délivrance (2 niveaux)</li> <li>2. Surveillance clinique minimale en salle de naissance</li> </ol> Prise en charge initiale de l'hémorragie du post-partum immédiat : <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Diagnostic d'HPP ;</li> <li>4. Gestes endo-utérins ;</li> <li>5. Antibio prophylaxie (2 niveaux)</li> </ol>
<b>Modifications apportées au second recueil national en 2013 (données 2012)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Abandon de l'indicateur sur l'antibio prophylaxie suite à l'évolution des recommandations 2012 du CNGOF</li> <li>- Diffusion publique des indicateurs sur la prévention de l'accouchement</li> </ul>
<b>Modifications apportées au troisième recueil national en 2015 (données 2014)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise à jour des indicateurs suite aux recommandations de 2014: évolution des consignes de l'indicateur DEL sur la temporalité de l'injection préventive d'ocytocine</li> <li>- Partie "Prise en charge de l'HPPI" : Passage en 2015 de deux à un indicateur par l'agrégation des 2 indicateurs sur le diagnostic et les gestes endo-uterins (PECI-HPPI)</li> <li>- Diffusion publique des indicateurs sur la prévention de l'accouchement et de l'indicateur PECI-HPPI</li> </ul>
<b>Modifications apportées au quatrième recueil national en 2017 (données 2016)</b>
Aucune