



6 ans de démarche qualité : une implication fructueuse

Dr Margaux Creutz Leroy et Mme Pascale Basset
Coordination médicale RPL

Modérateur : Pr Olivier Morel

Table ronde : Dr Marie-Laure Eszto (CHR Metz), Mme Laurence Gonzalez et Mme Frédérique Zamaron Serin (CHOV), Dr Magalie Greco (CH Briey), Dr Marius Lerintiu (clinique Majorelle), Dr Delphine Herbain (CHRU de Nancy), Dr Emilie Gauchotte (CHRU de Nancy) et Dr Apolline Wittwer (CHRU de Nancy)



Vendredi 8 avril 2022

DEMARCHE QUALITE AU RPL

Initialement, autour des transferts en périnatalité pour évaluer et améliorer les pratiques professionnelles au sein du RPL (2015)

Choix de la méthode **RMM (Revue de Morbidité et Mortalité)**

= outil permettant l'amélioration continue de la qualité des soins et leur sécurisation, intégré dans le développement professionnel continu (EPP, formation continue, accréditation des médecins), la certification des établissements de santé et le système de gestion des risques des établissements.

OBJECTIFS

Général :

Améliorer le parcours de prise en charge périnatale sur la Lorraine.

Opérationnels :

- Analyser les dysfonctionnements et les événements indésirables graves survenus au cours de prises en charge périnatales.
- Mettre en place un programme d'actions d'amélioration au niveau régional.

DEMARCHE QUALITE AU RPL

Nécessité d'un temps de mise en application (dont déclaration des événements indésirables) et d'appropriation par les équipes car démarche participative +++++.

Principe de non jugement.

Procédure RPL : déclaration des EI par les équipes soignantes au RPL via une fiche.

→ Suivi d'un tableau de bord des actions d'amélioration mises en place au regard de chaque dysfonctionnement.

→ Amélioration significative des transferts

→ Elargissement à l'IVG et autres situations périnatales en 2016

→ Ajout de RMM systématiques pour les outborn et les cas de mortinatalité en 2019 et les EAI en 2021 avec GO et pédiatres experts du type III (CoPéGE)

DEMARCHE QUALITE AU RPL

CHRONOPHAGE pour les équipes de terrain et la cellule de coordination du RPL

MAIS

permet d'ADAPTER les plans de formation, les recommandations, les commissions du RPL

en fonction des BESOINS et DEMANDES REELS du terrain

En 2017, allégement de la démarche via l'analyse des EI non graves par mail et des RMM pour les EIG via Team's.

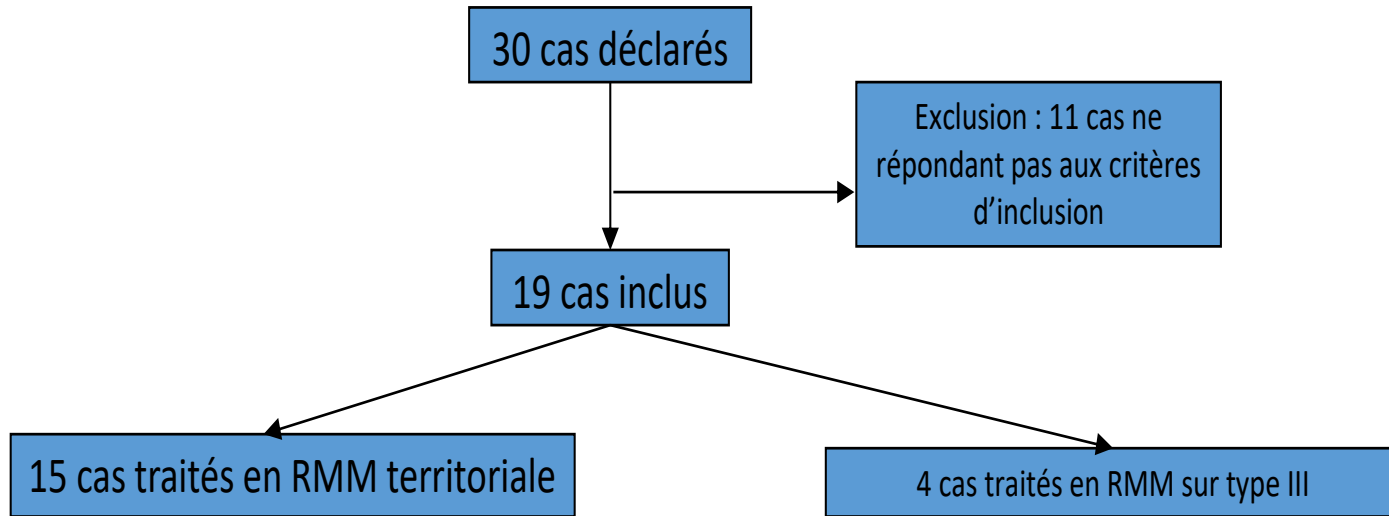
Quelques chiffres

Depuis 2015 : 368 EI déclarés dont 251 traités en RMM (68%)

Pour 2021 :

- 46 EI déclarés
 - dont 14 traités en RMM
 - et 32 traités par échanges de mails
- 1 RMM pour 8 cas d'outborn nés en 2020 (peu de déclarations en 2021, quelques RMM en cours)
- 5 RMM pour 6 cas de MFIU ou décès néonatal précoce à terme (en lien avec l'augmentation de la mortalité néonatale en France)
- 2 RMM pour 19 cas d'EAI + 1 RMM régionale en mars 2022 pour les cas sélectionnés de 2021 (exhaustivité OK)

EAI sur le RPL



Évitabilité :

- 11 non évitables
- 3 probablement évitables
- 5 avec évitabilité indéterminée

Dysfonctionnements :

10 cas dont 6 notables
(tous des retard à la naissance)

Plan d'action :

- 9 cas dont 5 avec formation RCF en équipe et reco examens de 2nde ligne
- Autres : reco indication anapath. placentaire, reco MAP, reco DPN

Une démarche qui fait des envieux...

- **Nombreuses sollicitations pour présenter notre démarche :**
 - FFRSP (régulièrement)
 - Congrès ANCIC 2019
 - SFMP (prix du meilleur poster 2021)
 - Congrès réseau Mayotte (2021)
 - DU Perfectionnement en orthogénie (2020 et 2022)
 - Contacts RSP

Revue de morbi-mortalité (RMM) régionale sur les naissances outborn avant 31 semaines d'aménorrhée en Lorraine en 2019

Z. KEZ¹, E. GAUCHOTTE², M. CREUTZ-LEROY³

1 : sage-femme, CHRU Nancy, 10 rue du Dr Heydenreich, 54000, Nancy - 2 : gynécologue-obstétricien, CHRU Nancy, 10 rue du Dr Heydenreich, 54000, Nancy - 3 : médecin de santé publique, Réseau Périnatal Lorrain, 10 rue du Dr Heydenreich, 54000, Nancy

INTRODUCTION

Les naissances avant 31 SA en dehors des maternités de type III sont dites « outborn » et sont plus à risque de morbidité et de mortalité néonatales, avec une perte de chance pour les nouveau-nés en raison d'un accès retardé aux soins spécialisés requis. La Lorraine, qui ne dispose que d'une seule maternité de type III, présente un des taux d'outborn avant 31 SA les plus importants de France métropolitaine avec 28,9 % en 2019 pour un taux national à 14,6 %.

OBJECTIF GENERAL : réduire de 50 % le taux de naissances outborn avant 31 SA en Lorraine d'ici 2021

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES :

- Analyse de l'ensemble des cas de naissances outborn survenus en 2019 en Lorraine : recherche des causes, des circonstances et des déterminants de survenue
- Statuer sur l'évitabilité des cas et identifier les facteurs d'évitabilité le cas échéant
- Identifier les éventuels dysfonctionnements et proposer des actions d'amélioration le cas échéant

METHODE

Des revues de morbidité mortalité (RMM) ont été réalisées pour toutes les naissances outborn vivantes avant 31 SA survenues en Lorraine entre le 1er janvier et le 31 décembre 2019. Les cas ont été déclarés par les maternités rétrospectivement et ont été analysés selon la méthode ALARM (décrite par la Haute Autorité de Santé), avec les acteurs impliqués dans les prises en charge, des experts gynécologues et pédiatres du type III et l'équipe de coordination du Réseau Périnatal Lorrain (RPL).

RESULTATS

36 naissances outborn avant 31 SA en Lorraine en 2019

76 % non évitables

Une situation de vulnérabilité psycho-sociale était toutefois retrouvée dans plus d'un tiers des cas non évitables.

15 % évitabilité indéterminée

Selon la grille ALARM, les facteurs d'évitabilité étaient liés :

9 % probablement évitables

- au patient (antécédents, relation conflictuelle) : 100 % des cas
- aux tâches à accomplir (parcours inadéquats) : 75 % des cas
- au contexte institutionnel (éloignement géographique du type III) : 25 % des cas
- à l'équipe (manque de coordination) : 25 % des cas

Figure I. Facteurs de risque retrouvés pour les cas avec évitabilité indéterminée ou probable

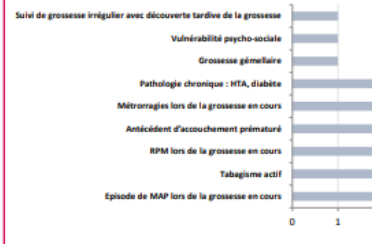
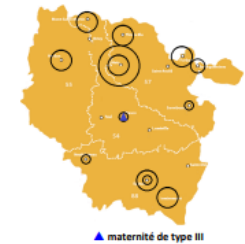


Figure II. Cartographie des naissances outborn en Lorraine en 2019



Des dysfonctionnements ont été identifiés pour 19 cas. Trente-cinq actions d'amélioration ont été proposées au total. Les plans d'action d'amélioration regroupaient plusieurs thématiques : prise en charge d'une situation de vulnérabilité psycho-sociale (2 actions), coordination du suivi (6 actions), continuité du parcours (2 actions), respect des recommandations de bonnes pratiques professionnelles (21 actions).

CONCLUSION

Les perspectives permettant de réduire le taux de naissances outborn avant 31 SA en Lorraine reposent notamment sur l'amélioration de la prise en charge des femmes avec une situation psycho-sociale complexe, le respect des recommandations de bonnes pratiques et une meilleure coordination des professionnels. Une commission vulnérabilité a été mise en place afin d'établir des parcours spécifiques. Des travaux ont été relancés autour d'un dossier obstétrical unique communiquant. La mise en place d'une « hôtélistation » des patientes à risque accru d'accouchement prématuré à proximité du type III est également à envisager. L'analyse systématique des naissances outborn a été intégrée à la démarche qualité de routine du RPL.

Principales avancées

- Elaboration de nombreuses recommandations (et leurs MAJ) :
 - Anténatal : 24
 - Accouchement et post-partum : 13
 - Transfert : 12
 - IVG : 6
 - Néonatal : 5
 - Violences : 2
 - HAD : 1
 - Vaccination : 1
- Traçabilité des transferts maternels via le SAMU 51 en 2018 et des TNN via les SAMU 57 et 88 => cellule de régulation périnatale GE à l'horizon 2023
- Création d'annuaires ressources (Santé mentale, addictions)
- Mise en place de commissions thématiques (Santé Mentale, HAD, ...)
- Proposition de formations
 - RCF sur toutes les maternités de type I et II
 - Réanimation néonatale (plusieurs fois sur toutes les maternités)
 - Urgences maternelles (CUESIM)
 - Échographie (T21, en SDN, dépistage, morpho,..)
 - IVG médicamenteuse et IVG sous AL
 - Manœuvres obstétricales

Principales avancées chez vous

- Réorganisation interne de certains services
 - Mise en place de staff GO/AR
 - Prise de RDV en orthogénie
 - Création de fiche spécifique au repérage des suspicions d'EAI
 - Mise en place d'HDJ accompagnement (vulnérabilité)
- Organisation de conférences / soirées thématiques
- **Meilleure connaissance et meilleure communication entre les maternités**
- **Meilleure connaissance et meilleure communication avec les partenaires (SAMU, PMI, libéraux, EFS, plannings familiaux, ...)**



Un taux d'outborn à 16% en 2021 (chiffre à consolider),
le plus bas depuis de nombreuses années, dans la moyenne nationale...
BRAVO A TOUS !

Points d'amélioration en cours et à venir

- **Plan d'actions GE des RMM EAI :**

- Formation à l'interprétation du RCF en équipe sur site.
- Formation pour maintien des compétences à la lecture des aEEG + examen neurologique pour les pédiatres type III (indication HTC).
- Travail sur une fiche repérage EAI à utiliser de manière systématique devant toute intervention des pédiatres en salle de naissance pour ne pas retarder la suspicion diagnostic d'EAI et la demande de TNN vers type III (modèle Moselle Est)
- Sauvegarde et accès aux tracés aEEG pour inclure dans dossier (revoir avec biomed)
- Fiche de suivi clinique des NN nés dans un contexte à risque d'EAI sans indication initiale d'HTC (surveillance des 1ères heures de vie).
- Recommandations CoPÉGE sur les déclenchements et les modalités de surveillance.
- Recommandations CoPÉGE sur la surveillance du travail (différentes phases, RCF, utilisation de l'ocytocine)
- Recommandations CoPÉGE sur l'antibiothérapie néonatale dès la naissance (complément des reco IBNP)
- Travail CoPÉGE sur les sièges : expectative plus longue sur siège car extraction instrumentale et examens de seconde ligne non réalisables, comment ajuster les pratiques ?
- Création de l'observatoire régional des EAI pour suivi du devenir de tous les enfants dont ceux n'ayant pas bénéficié d'HTC mais ayant présenté des complications neurologiques secondaires en décalé.

Points d'amélioration en cours et à venir

- Groupe de travail gestion des risques autour de l'AAD au niveau national (FFRSP)
- Courriers d'alerte à l'ARS
 - Situation périnatale globale
 - Manque de place en SI de NN
 - Pas de TNN de proximité sur GHT 6 (défaut de gradation des soins)
- Commission vulnérabilité GE (fait suite à rapport RMM outborn 2020 GE)

Avis de la table ronde ?

- Points forts ?
- Points faibles ?
- Amélioration possible de la démarche ?
- Tout poursuivre ?
 - Analyse des EI non graves par mail
 - RMM pour les EIG (présentiel ou visio)
 - RMM systématique outborn
 - RMM systématique EAI
 - RMM systématique mortalité à terme (MFIU ou décès avant 7 jours de vie)

MERCI A VOUS TOUS POUR VOTRE IMPLICATION.