

# Bilan 2022 & perspectives 2023

Pôle "Gestion des Risques" du Réseau Périnatalité Occitanie – 09/12/2022





# Plan de la réunion

- **Bilan des actions 2022**
  - ✓ Déclarations EIAS
  - ✓ RMM in situ
  - ✓ Plan d'actions
  - ✓ RMM régionales
  - ✓ Prévention des situations à risque
  
- **Perspectives 2023 : thématiques choisies**
  - ✓ Mortalité maternelle
  - ✓ Asphyxies néonatales
  - ✓ Outborn
  - ✓ MFIU à terme



# Bilan des actions 2022



# EIAS : déclarations possibles

MATERNEL	NEONATAL	ENVIRONNEMENT MEDICAL
<b>Décès</b> <i>(pendant grossesse ou 1 an après issue)</i>	<b>Décès</b> <i>(MFIU ou décès néonatal après 34 SA)</i>	<b>Refus de soins</b> <i>(transfusion, césarienne, ...)</i>
<b>HPP Sévère</b> <i>Immédiate ou secondaire (<math>\geq 1000</math>ml dans les 42j suivant l'accouchement)</i>	<b>Traumatisme néonatal</b> <i>(fracture, plexus brachial, ...)</i>	<b>Relations conflictuelles graves</b> <i>avec la patiente et/ou son entourage</i>
<b>Embolisation</b>	<b>Hospitalisation de plus de 5 j nné de plus de 2500g</b> <i>en SI ou en Réa</i>	<b>Violences envers les soignants</b>
<b>Chirurgie d'hémostase</b> <i>(hystérectomie, capitonnage...)</i>	<b>Asphyxie du perpartum &gt; 36 Sa</b> <i>(apgar 5 min &lt;4 ou pH&lt;7 et BD<math>\geq</math> 12 )</i>	<b>Accouchement lieu non prévu (AIEH)</b>
<b>Hospitalisation en réa</b> <i>(pendant la grossesse jusqu'à 1 mois postpartum)</i>	<b>Ré hospitalisation dans les 15J suivant la naissance</b>	<b>Complications liées à un transfert in utero ou transfert néonatal</b>
<b>Rupture utérine</b>	<b>Anomalie congénitale non diagnostiquée en pré-natal</b> <i>(trisomie 21...)</i>	<b>Hospitalisation suite à une complication après accouchement programmé à domicile</b>
<b>Ré hospitalisation dans les 15J suivant l'accouchement</b>	<b>Out Born</b>	
<b>Autre événement</b>	<b>Autre événement</b>	<b>Autre événement</b>



# EIAS : Bilan 2022

<b>Généralités</b>	<b>Nombre d'EIAS 2022</b>	48	
	<b>Nombre de maternités déclarantes</b>	23	56,1%

<b>Gravité</b>	<b>Mineurs</b>	14	29,2%
	<b>Majeurs</b>	23	47,9%
	<b>Critiques</b>	11	22,9%
	<b>Non catégorisé</b>	0	0,0%

<b>RPO</b>	<b>Intervention RPO demandée</b>	21	43,8%
	<b>EIAS critiques + RPO sollicité</b>	7	33,3%

<b>Types</b>	<b>HPP</b>	5	10,4%
	<b>Transfert maternel</b>	19	39,6%
	<b>AIEH</b>	2	4,2%
	<b>Transfert néonatal</b>	1	2,1%
	<b>Outborn</b>	1	2,1%
	<b>Réhospitalisation</b>	1	2,1%
	<b>Asphyxies</b>	7	12,1%



## RMM in situ

- 11 actions dans les établissements :
  - ✓ *RMM in situ*
  - ✓ *Reprises de situation*
- Différentes thématiques mais surtout les **asphyxies néonatales**
- Plan d'actions établis avec **3 à 6 actions décidées** (en moyenne) ensemble à chaque fois



# Plans d'actions décidés

## ORGANISATION

Améliorer le délai de récupération des PH

Ne pas mettre les nouveaux arrivant de nuit après la période où ils sont doublés

Analyser avec le bloc l'audit des césariennes en urgence (délai décision / naissance, adéquation des codes couleurs)

Staffs ou retour d'expérience sur dossiers complexes : tentative péri précoce , tentative tocolyse , rotation des OS...

Faire le point avec les SAMU

Si le GO de type III est occupé et ne peut pas donner un OK transfert, procédure dégradée en demandant à autre médecin du type III si urgence vitale +++

Travailler avec le SAMU sur orientation des femmes enceintes en primaire

Sécuriser la PEC des césariennes difficiles en prévoyant back-up si nécessaire (si praticien peu expérimenté de garde)



# Plans d'actions décidés

## PROTOCOLE

Valider le protocole « césarienne en urgence »

Protocole suractivité : transmettre message d'alerte, mobilisation de personnel...

Rédiger un protocole sur les bonnes pratiques d'utilisation de l'ocytocine

Faire un protocole / simulations "suractivité": qui j'appelle en plus, comment transmettre les messages d'alarme...

Rédiger un protocole sur les bonnes pratiques d'utilisation de l'ocytocine

Rédiger un document détaillant l'examen neurologique à réaliser en cas de suspicion d'Encéphalopathie anoxo ischémique

Fixer un AG limite pour descoper un bébé prématuré

Procédure MIN à appliquer pour mort inattendue d'un NN en néonatalogie

Protocole PH < 7,00 et Examen neuro normal :

- Feuille de surveillance spécifique neuro à mettre en place (exemple de feuille transmise par le RPO)
- à noter sur la relève pour alerter de la gravité
- Avis pédiatrique Néonatal CHU + mise en alerte pour transfert si dégradation par la suite

Faire protocole + aide cognitive pour « Réa si malaise d'un nouveau-né en SDC »

Inclure les modalités du traitement de l'hypoglycémie (sonde gastrique, glucagon en IM...)

Indiquer que la pose du KTVO est possible même après plusieurs jours

Protocole Tocolyse d'urgence



## GESTION D'UNE SITUATION DE CRISE



### APPELER PRECOCEMENT A L'AIDE

#### TRAVAILLER EN EQUIPE

#### DESIGNER UN LEADER

#### REPARTIR LES ROLES

#### DISTRIBUER LE TRAVAIL/ LES TÂCHES

#### MOBILISER LES RESSOURCES DISPONIBLES

- Humaines
- Matériel

#### UTILISER DES AIDES COGNITIVES



#### SE CONCENTRER

- Éviter les interruptions de tâche
- éviter d'avoir un point de focalisation

#### COMMUNIQUER EFFICACEMENT

- Communication claire et ciblée
- Communication sécurisée: Boucle /  
rétrocontrôle
- Utilisation d'outil tel que SAED

#### MAINTENIR UNE CONSCIENCE DE LA SITUATION

- Anticiper les complications
- Planifier les priorités
- Evoquer tous les diagnostics

#### PRENDRE DES DECISIONS

#### Numéros utiles:



- S:** Situation
- A:** Antécédent
- E:** Evaluation
- D:** Demande



# Plans d'actions décidés

## PROTOCOLE

Valider le protocole « césarienne en urgence »

Protocole suractivité : transmettre message d'alerte, mobilisation de personnel...

Rédiger un protocole sur les bonnes pratiques d'utilisation de l'ocytocine

Faire un protocole / simulations "suractivité": qui j'appelle en plus, comment transmettre les messages d'alarme...

Rédiger un protocole sur les bonnes pratiques d'utilisation de l'ocytocine

Rédiger un document détaillant l'examen neurologique à réaliser en cas de suspicion d'Encéphalopathie anoxo ischémique

Fixer un AG limite pour descoper un bébé prématuré

Procédure MIN à appliquer pour mort inattendue d'un NN en néonatalogie

Protocole PH < 7,00 et Examen neuro normal :

- Feuille de surveillance spécifique neuro à mettre en place (exemple de feuille transmise par le RPO)
- à noter sur la relève pour alerter de la gravité
- Avis pédiatrique Néonate CHU + mise en alerte pour transfert si dégradation par la suite

Faire protocole + aide cognitive pour « Réa si malaise d'un nouveau-né en SDC »

Inclure les modalités du traitement de l'hypoglycémie (sonde gastrique, glucagon en IM...)

Indiquer que la pose du KTVO est possible même après plusieurs jours

Protocole Tocolyse d'urgence



# Plans d'actions décidés

## MATERIEL

Mettre à jour l'affichage **des numéros pour transférer NN** au bloc opératoire

Présence d'un néopuff au BO

Horloges synchronisées

**Travailler la feuille de surveillance du NN post réanimation** pour qu'apparaissent le PH à la naissance, à H1 et la TA

Régler les problèmes techniques ( imprimante, téléphone, RCF sur écran sans veille )

Actualisation de la fiche de synthèse DXCARE Maternité

Achat / mutualisation d'un échographe avec sonde obstétrique

**Travailler la feuille de surveillance du NN post réanimation** pour qu'apparaissent le PH à la naissance + H1

Achat de respirateur néonatalogie (type Fabian)

**Procédure d'appel au Samu pédiatrique** à afficher en réa néonate

Rajouter un message d'alerte sur le dossier informatisé en cas d'utérus cicatriciel

Augmenter le nombre de scope (ou sur roulette ) en néonate

Faciliter le transfert d'image de RCF via mail



# Plans d'actions décidés

## COMMUNICATION

Appel au SAMU pédiatrique pour avis sur transfert/ pas de transfert

Si présentation haute et aRCF, ne pas débuter EE sans vérification de la présentation/ engagement+ concertation obstétricien/SF

Mise en œuvre de la fiche SAED – point d'étape et de coordination Débriefing de crise

Si présentation haute et aRCF, ne pas débuter EE sans vérification de la présentation/ engagement+ concertation obstétricien/SF

Diffusion de documents d'information à destination des patientes sur les risques inhérents à un AVBAC

Information des remplaçants sur les codes couleurs

En cas de SAMU en primaire et de terme non adapté à la maternité de suivi : conférence à 3 entre les 2 maternités et le SAMU + possibilité appel cellule transfert RPO

En cas de difficultés à avoir des vecteurs médicalisés : anticiper appel au SAMU

Rappeler la nécessité d'un examen obstétrical si trauma abdo

Post AVP et grossesse, si plaintes fonctionnelles : avis médecin

En cas de groupe sanguin rare : communication large de l'information (EFS, patiente, médecin traitant, CRH , CRO...)



# Plans d'actions décidés

## Formation

Formation en interne maternité et extra maternité au bloc opératoire

Formation à la réa néonate

Formation en réanimation néonatalogie pour les personnel exerçant en salle d'accouchement

Diffuser auprès des équipes les signes précurseurs de rupture utérine à surveiller (cf Gynérisq)

Formation RCF en équipe

## Structurel

Salle de césarienne code rouge à proximité des salles de naissance

Recrutement de pédiatre



## RMM régionales

Date	Lieu	Thème	Présents	Satisfaction (/5)
26/01/2022	CHU Nîmes	Transferts complexes	> 30	4,1
13/04/2022	CHU Toulouse	Asphyxies périnatales	> 30	4,3
23/06/2022	CHU Montpellier	Placenta praevia et transfert	> 40	4,7
24/11/2022	CH Perpignan	Infections périnatales	> 70	4,7

### Plan d'actions régionales décidées à l'issue de ces RMM :

- ✓ Référentiels
- ✓ Travail avec les SAMUs



# Prévention des situations à risque

- **Médiation entre 2 établissements** : par des reprises de situations à froid
- **Médiation entre établissements et moyens de transfert (SAMU, ambulances privées...)** : par connaissance des organisations spécifique à chaque territoire (pôle transfert)
- **Médiation dans un établissement** : entre GO, entre GO et ARE, entre GO et pédiatre...



# Prévention des situations à risque

## Orientation des femmes enceintes en fonction de leur risque :

- Connaître les organisations et les critères de selection des maternités
- Établir une carte pour aider à la réorientation des femmes enceintes en fonction des risques
- Aider des établissements à augmenter la sécurité des PEC
  - ✓ *Augmentation des CG en reserve*
  - ✓ *Augmentation ou diminution du niveau de risque pris en charge, en fonction de l'organisation des soins*

**2**

**Perspectives 2023**

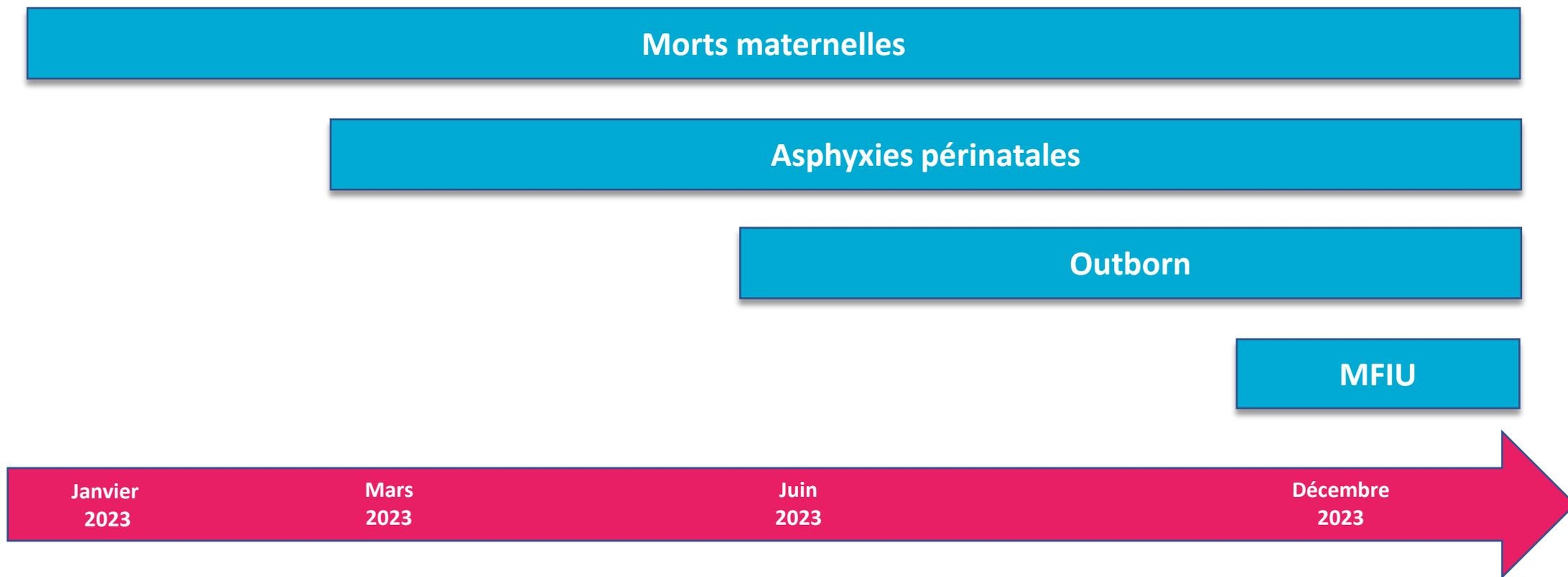


# Thématiques choisies

- **Décision de se concentrer sur 4 thématiques**
- **Pour chaque thématique:**
  - ✓ *Obtenir l'exhaustivité des dossiers*
  - ✓ *Suivre les indicateurs*
  - ✓ *Etudes de certains dossiers plus en détail avec RMM in situ possible*
  - ✓ *Proposer des plans d'actions*
  - ✓ *Diffuser les recommandations issues de ces dossiers*



# Chronologie





# Mortalité maternelle

- Les établissements déclarent leur MM (DC " associé à la grossesse" jusqu'au 1 an post partum) **via le RPO** à l'INSERM U1 153 (Unité de Recherche Epidémiologique sur la Santé périnatale et la Santé des Femmes et des Enfant
- Un couple GO ou SF/ARE d'assesseur vient reprendre le dossier, à froid, avec le service où est survenu le décès et fait une analyse factuelle
- L'analyse est adressée à des experts qui classent la cause du décès et recherche l'évitabilité ou non
- L'Inserm publie un rapport qui reprend 3 années de décès et leurs recommandations





# Asphyxie périnatale

- Nous pensons que c'est nécessaire de faire la même choses pour les NN qui auront eu une asphyxie sévère responsable de DC ou de complications neurologiques

J. Perinat. Med. 40 (2012) 9–18 • Copyright © by Walter de Gruyter • Berlin • Boston. DOI 10.1515/JPM.2011.108

Opinion paper

**"Every case of asphyxia can be used as a learning example".  
Conclusions from an analysis of substandard obstetrical care**

Sophie Berglund\*

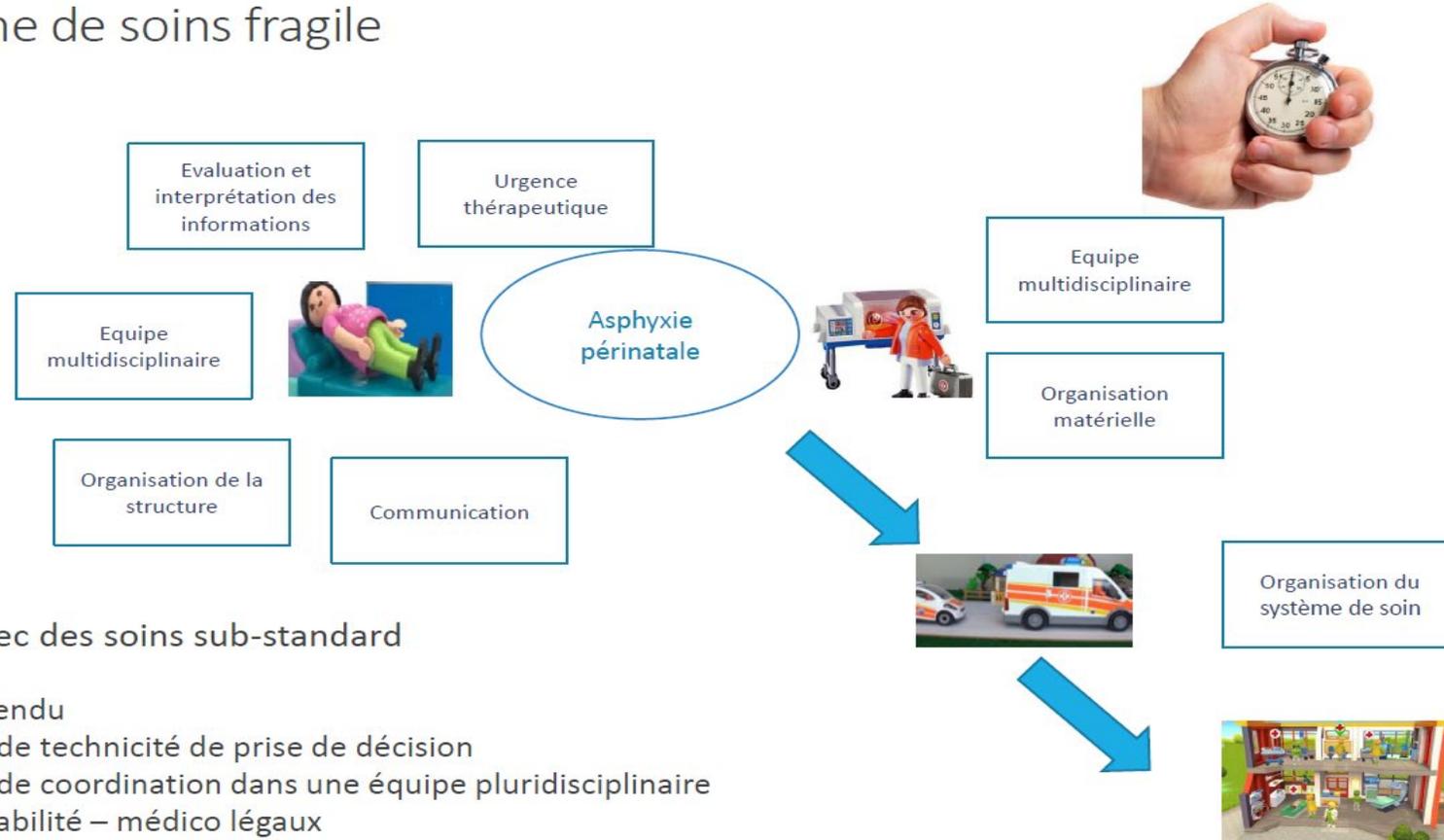
Department of Clinical Sciences, Karolinska Institutet,  
Danderyd Hospital, Stockholm, Sweden





# Asphyxie périnatale

Une chaîne de soins fragile



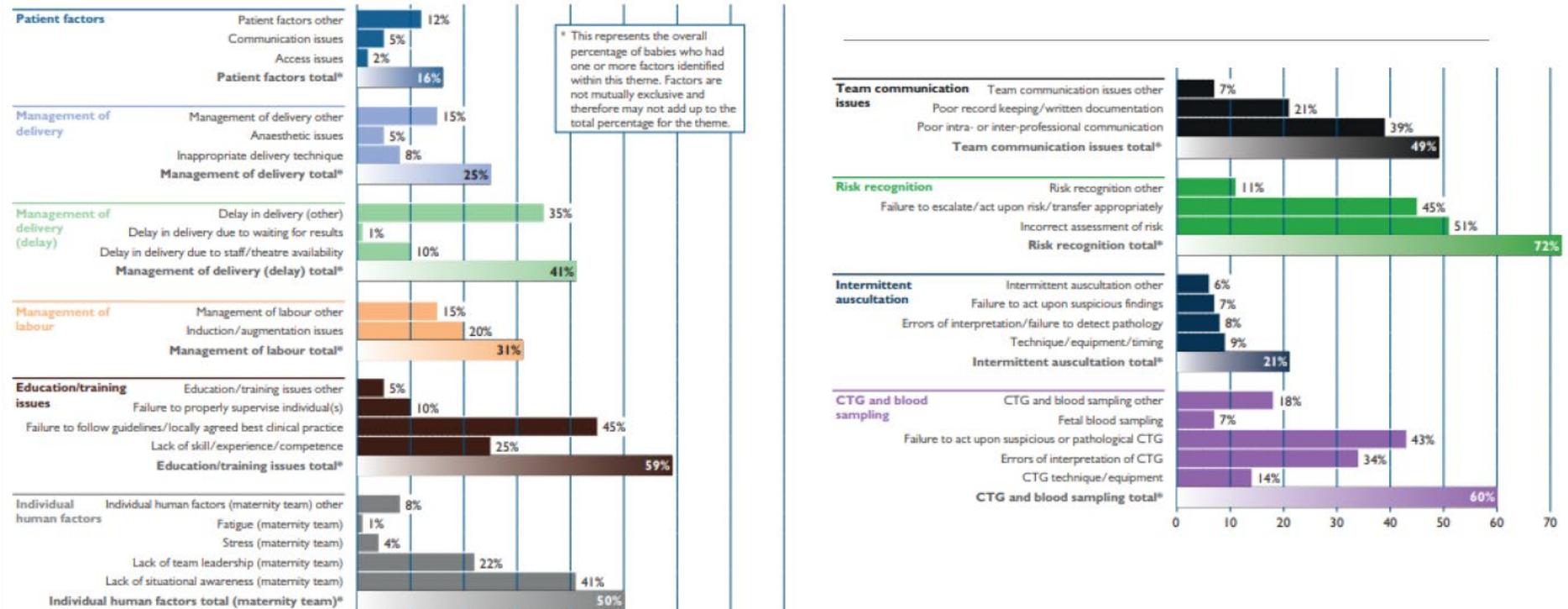
Association avec des soins sub-standard

- Urgent
- Rare et inattendu
- Haut niveau de technicité de prise de décision
- Haut niveau de coordination dans une équipe pluridisciplinaire
- Aspects culpabilité – médico légaux



# Asphyxie périnatale

## Each Baby Count





# Asphyxie périnatale

## Étude OptiNéoCare

Identifier et analyser les soins sub-optimaux périnataux (obstétrico-pédiatriques) dans la survenue et la prise en charge des asphyxies périnatales sévères

---

### Critère d'évaluation principal

- Fréquence du caractère optimal ou non de la prise en charge maternelle et néonatale en cas d'asphyxie périnatale sévère

### Objectif secondaires

- Décrire la fréquence et le contexte de survenue des asphyxies périnatales sévères
- Evaluer les relations entre soins sub-optimaux et survenue d'une EAI ou d'un décès néonatal
- Evaluer les relations entre soins sub-optimaux et le devenir des nouveau-nés
- Analyser les caractéristiques et déterminants des soins sub-optimaux relevés par les experts
- Analyser le caractère potentiellement évitable ou non du cas
- Evaluer la pertinence d'un recueil ad-hoc par rapport à une enquête confidentielle sur l'analyse des soins sub-optimaux



# Asphyxie périnatale

## Critères d'inclusion

### **Asphyxie perinatale :**

- pH <7,00 ou Apgar <5 à 5 minutes de vie
- En l'absence de gaz du sang
  - Apgar <5 à 5 minutes
  - Nécessité d'une reanimation néonatale avec
    - Support ventilatoire
    - Score d'Apgar < 7 à 10 minutes de vie

### **Sévère dans son impact sur le nouveau-né**

- Décès per partum ou en salle de naissance
- Hospitalisation dans la première semaine de vie pour
  - Une encéphalopathie anoxo-ischémique
  - Des convulsions en rapport avec un événement aigu périnatal



# Asphyxie périnatale

## OptiNeoCare

---

**Comité scientifique :** PY.Ancel, G.Kayem, P.Delorme, T.Debillon

**Coordinatrices de projet :** C.Cabanne, E.Lyonnais

**Experts scientifiques :** G.Cambronie - T.Debillon - T.Desplanches - B.Harvey - G.Loron – A.Mitha - P.Tourneux - P.Sikias

**URC et DRCI :** Hedy Abdoul, L.Lecomte, E.Dufour

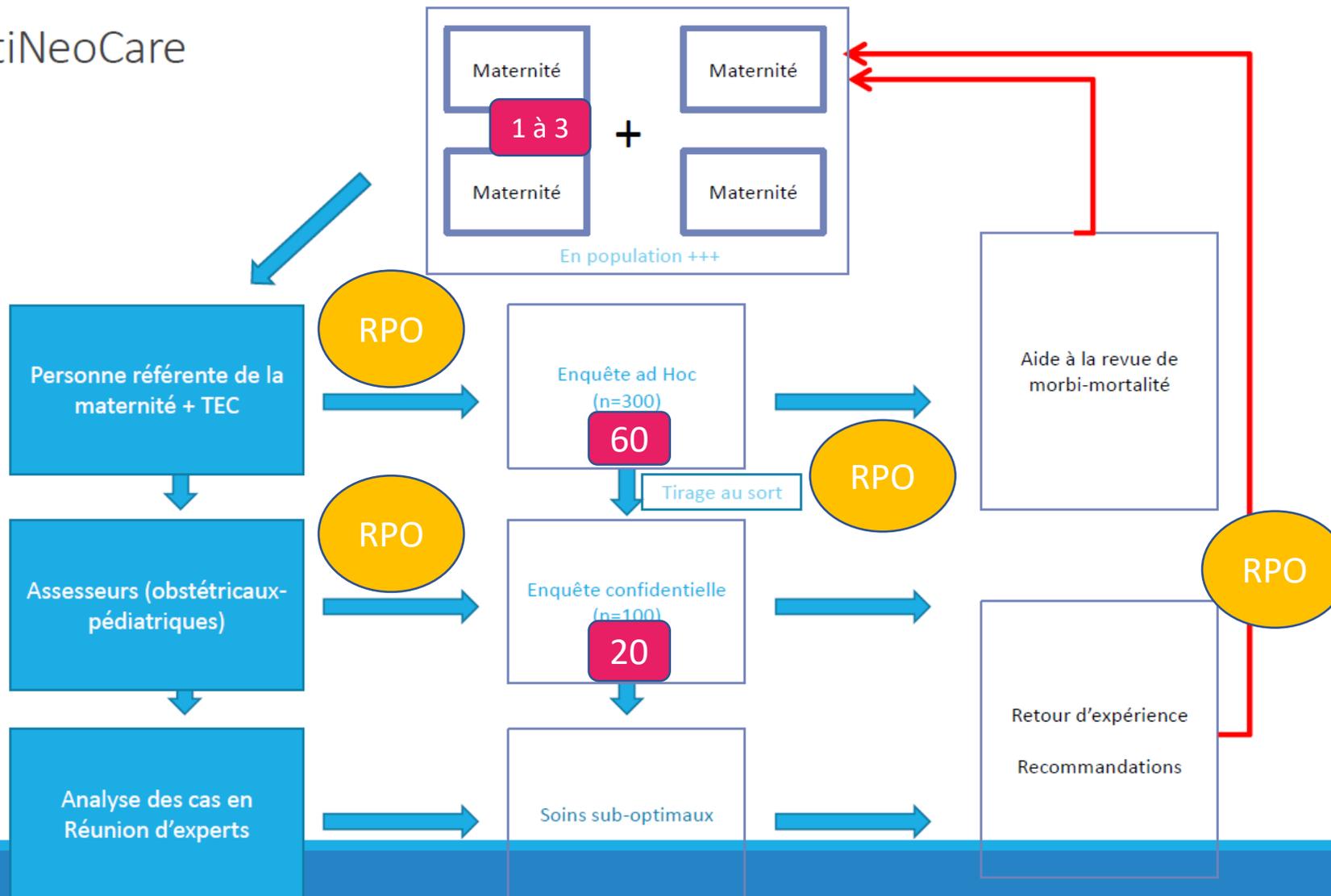


# Asphyxie périnatale

- Déclaration via le RPO des cas d'asphyxie périnatales sévères par les référents de chaque centre (1 à 3 par an)
- Recueil de données sur chaque dossier + possibilité que les membres du RPO viennent faire RMM in situ (1 dossier sur 3)
- Analyse anonyme par groupe d'expert pour déterminer la cause, l'évitabilité et les pistes d'amélioration régionales et nationales



## Etude OptiNeoCare





## Outborn

Début vers Juin 2023

Décision de ce qu'est un Outborn

Etude épidémiologique des Outborn en Occitanie

Recueil de tous les Outborn

Étude des causes

Etude de l'évitabilité

Plan d'actions d'amélioration

Recommandations régionales



## MFIU > 36 SA

Début vers Décembre 2023

Diffusion des RPC du CNGOF

Etude épidémiologique des MFIU > 36 SA en Occitanie

Recueil de toutes les MFIU demandé

Étude des causes

Etude de l'évitabilité

Plan d'actions d'amélioration

Recommandations régionales



## En pratique...



**N'hésitez pas à déclarer tout événement où vous avez besoin d'une aide du RPO**



**Merci de nous dire si vous voulez participer à l'étude Optinéocare et merci de nous indiquer qui sera le référent de l'étude GO et pédiatre**



**Merci de votre attention**