

conduire à une organisation non pérenne des RMM et au désintérêt de l'équipe.

Illustration : **Méthode RMM**

Le responsable de la RMM présente le cas clinique suivant :

Mme V. 35 ans, ayant déjà accouché 3 fois avec un antécédent d'une difficulté de dégagement des épaules au cours de l'accouchement d'un enfant de 3940 g.

La grossesse actuelle est gémellaire spontanée.

La grossesse est de déroulement normal, le suivi de grossesse adapté selon le protocole de la maternité concernée.

Une radiopelvimétrie est réalisée au 3^e trimestre de la grossesse et retrouve un bassin transversalement rétréci. Une discussion collégiale est tenue et un accord d'accouchement voie basse est décidé.

Un déclenchement à 38 semaines d'aménorrhée est proposé à la patiente qui l'accepte.

Le 1^{er} jumeau est en présentation céphalique et le 2^e en siège.

Une analgésie péri-médullaire est posée à 11 heures. Le déclenchement est efficace, les rythmes cardiaques fœtaux sont normaux durant toute la durée du travail.

La patiente ressent une envie de pousser à 17h50. La présentation du 1^{er} jumeau est engagée dans le bassin, la dilatation est complète. Le chef de garde est avisé.

Elle est installée en position d'accouchement et les efforts expulsifs débutent à 18h05 en présence du conjoint et de l'équipe médicale complète : une sage-femme, un étudiant sage-femme, un obstétricien, un anesthésiste. Le pédiatre est en dehors de la salle d'accouchement.

Après 25 minutes d'effort expulsif, le 1^{er} jumeau naît à 18h30 et crie tout de suite. La sage-femme confie le nouveau-né à l'étudiant qui sort de la salle afin de le prendre en charge avec le pédiatre.

À 18h32, une hémorragie massive est soudain observée.

Le chef de garde prend alors le relais et réalise une manœuvre d'extraction adaptée pour le 2^e jumeau. Pendant ce temps, la sage-femme pose un sac de recueil permettant de comptabiliser les saignements, elle sonne en urgence afin de demander de l'aide. L'anesthésiste souhaite poser une 2^e voie d'abord veineuse. Une autre sage-femme et un infirmier anesthésiste entrent pour apporter de l'aide avec un chariot de prise en charge de l'hémorragie.

8 personnes sont présentes dans cette salle d'accouchement non conçue pour autant de personnes.

Une difficulté de réalisation de la manœuvre d'extraction retarde la naissance du 2^e jumeau qui naît à 18h40 présentant une difficulté d'adaptation à la vie extra-utérine dans les premières minutes. La sage-femme sort pour réaliser la réanimation avec le pédiatre. L'hémorragie continue et, dans l'agitation, l'anesthésiste n'a pas entendu l'obstétricien lui demander d'injecter en IVD un médicament utérotonique à 18h40. À 18h42, la délivrance du placenta est réalisée par l'obstétricien et une compression utérine est réalisée pendant 10 minutes permettant d'endiguer l'hémorragie, l'injection de l'utérotonique est redemandée et est réalisée à 18h52. Les saignements totaux sont estimés à 890 cm³.

Les 2 jumeaux pèsent respectivement 2850 g et 2950 g.

Le 2^e jumeau a pu être hospitalisé auprès de sa mère en suites de naissance mais à l'examen clinique de sortie, une fracture de la clavicule est diagnostiquée devant des signes d'inconfort du nouveau-né. Le pédiatre qui réalise cet examen est alors avisé par son collègue qu'une extraction difficile a eu lieu. Un traitement orthopédique est alors instauré.

Les **questions soulevées** par les participants sont :

- l'accouchement des grossesses gémellaires en salle d'accouchement : le lieu d'accouchement est-il adapté? Qui est présent dans la salle et qui fait quoi?
- la surveillance du nouveau-né en suites de naissances est-elle adaptée en cas d'extraction difficile?

Les facteurs contributifs identifiés par les participants sont :

- **Facteur lié à l'organisation du service concernant l'accouchement de grossesses gémellaires :**

Le lieu d'accouchement est-il adapté?

L'accouchement des grossesses gémellaires est un accouchement à la fois à risque hémorragique et pouvant exiger des manœuvres d'extraction difficiles. Une petite salle d'accouchement non conçue pour recevoir une dizaine de personnes peut gêner le travail de l'équipe médicale qui doit pouvoir bénéficier de matériel adapté à l'urgence vitale.

Les participants souhaitent que l'accouchement des grossesses gémellaires ait dorénavant lieu au bloc opératoire afin d'avoir un espace de circulation suffisant pour réaliser les gestes médicaux nécessaires en cas d'urgence vitale.

Qui est présent dans la salle et qui fait quoi?

Il appartient à l'obstétricien et la sage-femme de définir qui doit être présent au cours de l'accouchement de la patiente. Il s'agit de respecter l'intimité des couples mais aussi

Comme

d'assurer la sécurité nécessaire à la prise en charge de ces accouchements. Les anesthésistes pensent que l'infirmier anesthésiste doit toujours être présent avec eux dans les accouchements à risque. Les participants proposent également que si l'accouchement des gémellaires a lieu au bloc opératoire, l'infirmier de bloc opératoire doit rester jusqu'à la délivrance placentaire afin de participer à la prise en charge de l'hémorragie de la délivrance éventuelle, la sage-femme pouvant être occupée pour la réanimation du nouveau-né avec le pédiatre.

Les participants rappellent que le calme et le silence sont de règle au cours de l'accouchement des grossesses gémellaires, notamment pendant l'accouchement du 2^e jumeau, les manœuvres d'extraction étant parfois difficiles à réaliser pour l'opérateur et les consignes parfois difficilement audibles. Dans cette situation, la prise en charge de l'hémorragie aurait pu être plus efficace s'il n'y avait pas eu toute cette agitation.

• **Facteur lié au fonctionnement de l'équipe concernant la qualité des transmissions :**
Une attention particulière doit être apportée en suites de naissance pour le nouveau-né ayant nécessité des manœuvres d'extraction difficiles. Les participants soulignent l'importance de la qualité des transmissions interéquipe entre salle de naissance et suites de naissance. Il est rappelé que l'obstétricien doit transcrire la notion « d'extraction difficile » sur son compte rendu d'accouchement et la SF doit la faire apparaître sur la feuille de transmission.

SF : Sage-femme

Les modalités de surveillance du nouveau-né en suites de naissance en cas d'extraction difficile doivent être repensées.

Les actions d'amélioration proposées de façon consensuelle dans l'équipe sont :

- repenser l'organisation des accouchements de grossesses gémellaires, rédiger un **protocole de prise en charge** de l'accouchement des grossesses gémellaires et le diffuser auprès des équipes;
- construire une **feuille de sortie de salle de naissance** permettant de souligner les éléments de surveillance spécifique pour le couple mère-enfant;
- organiser un **groupe de travail pluri-professionnel** afin de réfléchir aux modalités de surveillance du nouveau-né en suites de naissance.

5 > Le Comité de retour d'expérience (CREX)

A. Principes généraux

Définition : le REX >

- Le retour d'expérience (REX) est selon la HAS :
- une démarche collective d'équipe pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire;
 - une démarche qui associe collecte, analyse approfondie, actions d'amélioration, partage et communication des enseignements retirés;
 - une démarche pour améliorer la sécurité des patients qui s'intéresse aux « pourquoi » des événements survenus;
 - une analyse qui prend aussi en compte les organisations et les facteurs humains;
 - une démarche qui conduit les professionnels à s'interroger en équipe sur leurs pratiques et à prendre conscience du risque pour mieux le maîtriser.