



ALLIANCE FOR INNOVATION  
ON MATERNAL HEALTH

---



**Ensemble de mesures pour la sécurité  
des patientes atteintes d'hypertension  
sévère pendant la grossesse**




*Ressources de mise en œuvre*






# Ensemble de mesures pour la sécurité des patientes atteintes d'hypertension sévère pendant la grossesse



## Ressources de mise en œuvre





Section	Ressource	Description	Lien
<b>Niveau de préparation</b>			
<b>Niveau de préparation</b>	American College of Obstetricians and Gynecologists, Démarches pour une maternité sans risque. Liste de vérification des troubles hypertensifs pendant la grossesse : l'éclampsie  <i>ACOG, 2019</i>	L'American College of Obstetricians and Gynecologists a conçu une liste de contrôle de l'éclampsie à utiliser pendant la grossesse. Ce document comprend des informations sur l'administration d'injections de sulfate de magnésium, de médicaments antihypertenseurs et anticonvulsivants, et sur le protocole relatif aux crises persistantes.	<a href="#">🔗</a>
<b>Niveau de préparation</b>	American College of Obstetricians and Gynecologists, Démarches pour une maternité sans risque. Liste de vérification des troubles hypertensifs pendant la grossesse : la pré-éclampsie post-partum aux urgences  <i>ACOG, 2019</i>	L'American College of Obstetricians and Gynecologists a conçu une liste de contrôle de la pré-éclampsie post-partum à utiliser pour une patiente à moins de 6 semaines post-partum. Cette liste de contrôle comprend des procédures étape par étape à suivre si une patiente est à moins de 6 semaines post-partum avec une PA $\geq 160/110$ ou une PA $\geq 140/90$ avec des céphalées non rémittentes, des troubles visuels et des douleurs épigastriques. Ce document fournit également des informations pratiques sur l'administration d'injections de sulfate de magnésium, d'antihypertenseurs et d'anticonvulsivants.	<a href="#">🔗</a>
<b>Niveau de préparation</b>	American College of Obstetricians and Gynecologists   Bulletin clinique, de pratique : l'hypertension gestationnelle et la pré-éclampsie  <i>ACOG, 2020*</i>	Les troubles hypertensifs de la grossesse constituent l'une des principales causes de mortalité maternelle et périnatale dans le monde. Il a été estimé que la pré-éclampsie complique 2 à 8 % des grossesses dans le monde. En Amérique latine et dans les Caraïbes, les troubles hypertensifs sont responsables de près de 26 % des décès maternels, tandis qu'en Afrique et en Asie, ils causent 9 % des décès. Bien que la mortalité maternelle soit beaucoup plus faible dans les pays à revenus élevés que dans les pays en voie de développement, 16 % des décès maternels peuvent être attribués à des troubles hypertensifs. Aux États-Unis, le taux de pré-éclampsie a augmenté de 25 % entre 1987 et 2004. En outre, par rapport aux femmes ayant accouché en 1980, celles ayant accouché en 2003 présentaient un risque 6,7 fois plus élevé de pré-éclampsie sévère. Cette complication est coûteuse : une étude a rapporté qu'en 2012 aux États-Unis, le coût estimé de la pré-éclampsie dans les 12 premiers mois suivant l'accouchement était de 2,18 milliards de dollars (1,03 milliard de dollars pour les femmes et 1,15 milliard de dollars pour les nourrissons), ce qui était disproportionné par les naissances prématurées. Ce bulletin de pratique fournira des directives pour le diagnostic et la prise en charge de l'hypertension gestationnelle et de la pré-éclampsie.	<a href="#">🔗</a>

Section	Ressource	Description	Lien
<b>Niveau de préparation</b>	American College of Obstetricians and Gynecologists   Bulletin clinique, de pratique : Hypertension chronique pendant la grossesse  ACOG, 2019*	<p>Une hypertension chronique est présente chez 0,9 à 1,5 % des femmes enceintes et peut entraîner une morbidité et une mortalité maternelles, fœtales et néonatales significatives. Le taux d'hypertension chronique maternelle a augmenté de 67 % entre 2000 et 2009, avec la plus forte augmentation (87 %) chez les femmes afro-américaines. Cette augmentation est largement secondaire à l'épidémie d'obésité et à l'âge maternel croissant. La tendance devrait se poursuivre.</p> <p>L'objectif de ce document est de clarifier les critères utilisés pour définir et diagnostiquer l'hypertension chronique avant ou pendant la grossesse, d'examiner les effets de l'hypertension chronique sur la grossesse et vice versa, et d'évaluer les preuves disponibles pour les options de prise en charge. L'objectif de ces recommandations révisées sur les meilleures pratiques est de fournir une approche rationnelle de l'hypertension chronique pendant la grossesse basée sur de nouvelles données de recherche et des considérations physiopathologiques et pharmacologiques pertinentes.</p>	
<b>Reconnaissance</b>			
<b>Reconnaissance</b>	Documents pédagogiques destinés aux patientes de la Preeclampsia Foundation	<p>Depuis plus de 20 ans, la Preeclampsia Foundation est une voix de premier plan dans la défense des patientes et l'amélioration des pratiques de soins en matière de santé maternelle.</p> <p>L'objectif de la Preeclampsia Foundation est d'améliorer la vie des personnes touchées, grâce à l'éducation, à l'engagement et au soutien, tout en leur offrant un foyer à vie où elles pourront faire la différence pour l'avenir.</p> <p>Moins de la moitié des femmes instruites connaissent les signes et les symptômes de la pré-éclampsie, une statistique que la Preeclampsia Foundation s'efforce de faire évoluer. Et même lorsqu'une patiente reconnaît ces symptômes et y réagit, son ou sa prestataire de soins de santé doit être bien informé(e) des meilleures pratiques en matière de diagnostic et de traitement. La Preeclampsia Foundation forme plus de 4 000 professionnels de santé chaque année, afin qu'ils puissent mieux répondre aux besoins de leurs patientes.</p>	
<b>Reconnaissance</b>	Améliorer la réponse des soins de santé aux troubles hypertensifs de la grossesse  CMQCC, 2021	La boîte à outils d'amélioration de la réponse des soins de santé aux troubles hypertensifs de la grossesse (Hypertensive Disorders of Pregnancy, HDP) a été élaborée par le groupe de travail sur l'HDP pour soutenir la reconnaissance et la réponse rapides à l'hypertension maternelle et à la pré-éclampsie. Cette version met à jour la boîte à outils sur la pré-éclampsie de 2014 du ministère de la santé publique de Californie (California Department of Public Health) et de la California Maternal Quality Care Collaborative (CMQCC) et contient du contenu élargi pour couvrir tous les HDP.	

Section	Ressource	Description	Lien
<b>Réponse</b>			
<b>Réponse</b>	<p>Traitement émergeant pour l'hypertension sévère d'apparition aiguë pendant la grossesse et la période post-partum</p> <p><i>ACOG, 2017</i></p>	<p>L'hypertension systolique sévère d'apparition aiguë, l'hypertension diastolique sévère, ou les deux, peuvent survenir pendant les périodes prénatale, intra-partum ou post-partum. Les femmes enceintes ou les femmes en période post-partum présentant une hypertension systolique sévère d'apparition aiguë, une hypertension diastolique sévère ou les deux nécessitent un traitement antihypertenseur urgent. Il a été démontré que l'introduction de directives cliniques standardisées, fondées sur des preuves, pour la prise en charge des patientes atteintes de pré-éclampsie et d'éclampsie réduisait l'incidence des issues maternelles indésirables. Les personnes et les établissements doivent avoir mis en place des mécanismes pour initier l'administration rapide du médicament lorsqu'une patiente présente une urgence hypertensive. Le traitement par des agents de première intention doit être rapide et avoir lieu dès que possible dans les 30 à 60 minutes suivant une hypertension sévère confirmée afin de réduire le risque d'AVC maternel. Le labétalol et l'hydralazine par voie intraveineuse sont depuis longtemps considérés comme des médicaments de première intention pour la prise en charge de l'hypertension sévère d'apparition aiguë chez les femmes enceintes et les femmes en période post-partum. Bien qu'il existe actuellement relativement moins d'informations sur l'utilisation des inhibiteurs calciques dans cette indication clinique, les preuves disponibles suggèrent que la nifédipine orale à libération immédiate peut également être envisagée comme traitement de première intention, en particulier lorsque l'accès intraveineux n'est pas disponible. Dans de rares cas, le bolus intraveineux de labétalol, d'hydralazine ou de nifédipine orale à libération immédiate ne parvient pas à soulager l'hypertension aiguë sévère et est administré à des doses successives appropriées, une consultation urgente avec un(e) anesthésiste, un(e) spécialiste en médecine maternelle-fœtale ou un(e) spécialiste en soins intensifs est recommandée pour discuter d'une intervention de deuxième intention.</p>	
<b>Réponse</b>	<p>Améliorer la réponse des soins de santé aux troubles hypertensifs de la grossesse</p> <p><i>CMQCC, 2021**</i></p>	<p>La boîte à outils d'amélioration de la réponse des soins de santé aux troubles hypertensifs de la grossesse (Hypertensive Disorders of Pregnancy, HDP) a été élaborée par le groupe de travail sur l'HDP pour soutenir la reconnaissance et la réponse rapides à l'hypertension maternelle et à la pré-éclampsie. Cette version met à jour la boîte à outils sur la pré-éclampsie de 2014 du ministère de la santé publique de Californie (California Department of Public Health) et de la California Maternal Quality Care Collaborative (CMQCC) et contient du contenu élargi pour couvrir tous les HDP.</p>	

Section	Ressource	Description	Lien
<b>Formation à la création de rapports et aux systèmes</b>			
<b>Formation à la création de rapports et aux systèmes</b>	Examen standardisé de la morbidité maternelle sévère  <i>ACOG, 2014*</i>	La morbidité sévère et la mortalité maternelles ont augmenté aux États-Unis. Afin de lancer un effort national pour réduire la morbidité, un appel spécifique a été lancé pour identifier toutes les femmes enceintes et les femmes en post-partum qui ont été admises dans une unité de soins intensifs ou qui ont reçu 4 unités de sang ou plus, en vue d'un examen de routine. Tout en plaidant pour un réexamen de ces cas, aucune orientation spécifique n'a été fournie pour le processus de réexamen. L'objectif de cet avis d'experts est donc de présenter des lignes directrices pour un processus standardisé d'examen interdisciplinaire de la morbidité maternelle grave afin d'identifier les facteurs systémiques, professionnels et institutionnels qui peuvent être améliorés, dans le but global d'améliorer la sécurité obstétricale institutionnelle et de réduire la morbidité et la mortalité graves chez les femmes enceintes et les femmes récemment enceintes. Cet avis a été élaboré par un groupe de travail pluridisciplinaire composé d'obstétriciens-gynécologues, de surspécialistes de la médecine fœto-maternelle, d'infirmiers sages-femmes diplômés et d'infirmiers diplômés, toutes et tous expérimentés en matière d'examen de la mortalité maternelle. Un processus d'examen standardisé de la morbidité maternelle grave, portant sur l'organisation du comité, le processus d'examen, l'extraction et l'évaluation des dossiers médicaux, la culture de l'examen, la gestion des données, le calendrier de l'examen et la confidentialité de l'examen, est présenté. Il est fait référence à un exemple de formulaire d'extraction et d'évaluation de la morbidité maternelle grave.	

Section	Ressource	Description	Lien
<p><b>Reporting &amp; Systems Learning</b></p>	<p>Manuel et ressources de soutien pour le programme d'exercice d'obstétrique in situ pour les patientes</p> <p><i>Conseil sur la sécurité des patientes dans le cadre des soins de santé de la femme, 2021</i></p>	<p>Des cas d'urgence en soins obstétriques se produisent tous les jours. L'hémorragie post-partum entraîne 140 000 décès par an. Les urgences hypertensives, les événements thromboemboliques veineux et les arrêts cardiaques maternels se produisent également et entraînent une morbidité et une mortalité maternelles et fœtales importantes. Afin d'assurer la prévention lorsque cela est possible et des résultats optimaux lorsque cela n'est pas possible, il est extrêmement important que les membres de l'équipe soignante soient formés et capables de reconnaître, diagnostiquer, traiter et gérer rapidement les urgences médicales pendant la grossesse. Le Conseil sur la sécurité des patientes dans les soins de santé destinés aux femmes a publié des ensembles de mesures sur la sécurité des patientes pour aider à traiter les urgences obstétriques. Celles-ci soulignent l'importance d'une communication claire et d'une approche d'équipe interprofessionnelle. Ce manuel Exercice pour les patientes : programme de simulation in situ a été développé en tenant compte de ces concepts. Le Conseil reconnaît que si tous les membres de l'équipe du travail et de l'accouchement pratiquent et simulent des urgences médicales dans leur unité réelle du travail et de l'accouchement, ils pourraient réduire la morbidité et la mortalité obstétriques en améliorant la communication et la réponse de l'équipe en cas d'urgence. En outre, grâce à une simulation, l'équipe pourrait également identifier les problèmes liés au processus qui, lorsqu'ils sont traités, pourraient également améliorer les soins. L'endroit idéal pour s'entraîner à traiter les patientes en situation d'urgence est l'unité de travail et d'accouchement, de post-partum ou de réveil postopératoire. Ce lieu permet à l'équipe de formation de recréer des conditions réelles concernant la composition de l'équipe, l'espace physique et les politiques et procédures institutionnelles qui ne peuvent être reproduites dans un laboratoire de simulation.</p>	
<p><b>Reporting &amp; Systems Learning</b></p>	<p>Déclaration spéciale de la Society for Maternal-Fetal Medicine : une mesure de qualité pour évaluer le traitement en temps opportun de l'hypertension sévère</p> <p><i>SMFM, 2021</i></p>	<p>L'hypertension sévère pendant la grossesse est une urgence médicale. Bien qu'un traitement rapide dans les 30 à 60 minutes soit recommandé pour réduire le risque de décès maternel ou de morbidité sévère, le traitement est souvent retardé de plus d'1 heure. Dans cette déclaration, nous proposons une mesure de la qualité que les établissements peuvent utiliser pour suivre leurs taux de traitement en temps opportun de l'hypertension sévère. Nous encourageons les établissements à adopter cette mesure afin que les futurs rapports des différents établissements soient basés sur une définition uniforme du traitement en temps opportun.</p>	

Section	Ressource	Description	Lien
<p><b>Reporting &amp; Systems Learning</b></p>	<p>Exemple de formulaire de compte-rendu pour les équipes cliniques (traitement de la SHTN persistante)***</p> <p><i>ILPQC, 2016</i></p>	<p>Ce formulaire de données sur l'hypertension sévère permet aux équipes de maternité d'examiner et de documenter la séquence des événements, les succès et les obstacles à une réponse rapide et coordonnée à la pré-éclampsie avec des caractéristiques sévères.</p> <p>Objectif : réduire le délai jusqu'au traitement (&lt; 60 minutes) pour l'apparition d'une hypertension sévère (≥ 160 systolique OU &gt; 110 diastolique) avec pré-éclampsie ou éclampsie ou hypertension chronique/gestationnelle avec pré-éclampsie superposée (inclure les patientes des unités : triage, travail et accouchement, ante-partum, PP, urgences) afin de réduire la morbidité liée à la pré-éclampsie dans l'Illinois</p>	<p><a href="#"></a></p> <p><a href="#"></a></p>
<p><b>Reporting &amp; Systems Learning</b></p>	<p>Réduire les disparités en matière de soins de santé : prélèvement et utilisation des données relatives à la « race », à l'origine ethnique et à la langue</p> <p><i>HPOE, 2013</i></p>	<p>Les minorités raciales et ethniques devraient représenter la majorité de la population américaine d'ici 2043, et le marché futur des services de soins de santé reflètera inévitablement ce changement. En outre, cette nouvelle génération de consommateurs de soins de santé sera de plus en plus à même de choisir les prestataires sur la base de mesures de qualité et de satisfaction accessibles au public. Ainsi, les hôpitaux et les systèmes de soins qui sont en mesure de répondre aux besoins uniques de populations diverses seront bien positionnés pour réussir à l'avenir. Une façon d'atteindre cet objectif est de recueillir et d'utiliser les données relatives à la « race », à l'origine ethnique et à la langue (race, ethnicity and language, REAL) de façon judicieuse pour comprendre et traiter les disparités en matière de soins de santé parmi divers groupes ethniques.</p>	<p><a href="#"></a></p>
<p><b>Reporting &amp; Systems Learning</b></p>	<p>Inventaire des ressources pour la collecte de données démographiques et linguistiques standardisées</p> <p><i>CMS, 2022</i></p>	<p>De nombreux conseils et outils ont été élaborés pour la collecte de données sur la « race », l'origine ethnique et la langue (Race, Ethnicity, and Language, REAL) dans les établissements de soins de santé. Les organisations collectent de plus en plus ces données afin de répondre aux exigences réglementaires et de jeter les bases d'un suivi des disparités raciales et ethniques, ainsi que des disparités dans la qualité des soins dues aux barrières linguistiques. La diversité des méthodes utilisées pour collecter les données REAL, ainsi que la précision et la fiabilité des données collectées, appellent à une sensibilisation accrue et à la mise en œuvre de meilleures pratiques et de lignes directrices pour une collecte standardisée des données REAL. Les ressources et outils suivants offrent des conseils aux hôpitaux, aux plans de santé et aux autres organismes de santé intéressés par la mise en œuvre ou l'amélioration de la collecte de données REAL.</p>	<p><a href="#"></a></p>

*Ces documents ont été élaborés avec le soutien de l'Administration des ressources et services de santé (Health Resources and Services Administration, HRSA) du ministère américain de la santé et des services sociaux (U.S. Department of Health and Human Services, HHS) dans le cadre d'un accord de coopération avec le Collège américain des obstétriciens et gynécologues (American College of Obstetricians and Gynecologists) sous le numéro de subvention UC4MC28042, Alliance pour l'innovation en matière de santé maternelle (Alliance for Innovation on Maternal Health). Leur contenu ne représente pas nécessairement le point de vue officiel de la HRSA, du HHS ou du gouvernement des États-Unis, et n'a pas été approuvé par ces derniers. Pour plus d'informations, veuillez consulter le site [HRSA.gov](https://www.hrsa.gov).*

*© 2022 American College of Obstetricians and Gynecologists. La reproduction et la distribution de ce document, dans son intégralité et sans modification, sont autorisées dans le cadre d'activités exclusivement non commerciales à des fins pédagogiques et d'amélioration de la qualité et de la sécurité des patientes. Toutes les autres utilisations sont soumises à l'autorisation écrite de l'ACOG.*