



### INTRODUCTION

Depuis 2009, la stérilisation intra-tubaire par hystérocopie a été mise en place au CHNDS en alternative à la ligature des trompes. L'objectif principal de cette EPP est de vérifier la conformité de notre activité clinique aux recommandations et d'améliorer la qualité et la sécurité des soins. Les dossiers des 39 patientes ayant eu une stérilisation intra-tubaire par le dispositif ESSURE en 2010 au CHNDS ont été comparés au référentiel de la HAS « Bon usage hors GHS du dispositif Essure ».

### MATERIEL ET METHODE

### RESULTATS

Ainsi les éléments suivants ont été relevés :

Éléments retrouvés dans le dossier patient :

#### • Données patient

- Date de naissance
  - Date de pose
  - Consentement écrit et éclairé
- } Calcul de l'âge de pose

- ✓ Age moyen de pose : 40 ans
- ✓ 95 % des consentements écrits retrouvés directement dans le dossier patient

#### • Indications

- Type I « abord coelioscopique risqué »
- Type II « souhait de contraception permanente définitive »

- ✓ 54 % type II
- ✓ 20 % type I
- ✓ 26 % non renseigné



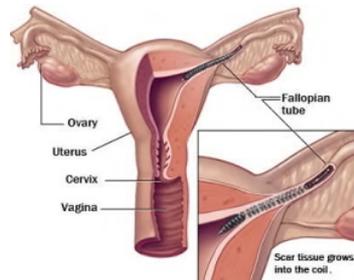
#### • Contrôles préalables à l'intervention

- Frottis cervical normal < 2 ans
- Prélèvement bactériologique vaginal normal
- Absence de grossesse

- ✓ 54 % des frottis cervicaux retrouvés
- ✓ 8 % des prélèvements bactériologiques vaginaux tracés
- ✓ 10 % de vérification de l'absence de grossesse

#### • Bonnes pratiques de l'hystérocopie

- Praticien expérimenté
- Pose en 1<sup>ère</sup> partie de cycle
- Conditions d'asepsie vérifiées



- ✓ 97 % des interventions par praticien expérimenté
- ✓ Pose en 1<sup>ère</sup> partie de cycle non tracée
- ✓ 64 % des check-list « pose en conditions d'asepsie »

#### • Suivi postopératoire

- Contraception à 3 mois
- Abdomen sans préparation

- ✓ 90 % des contraceptions bien suivies
- ✓ 77 % des ASP effectués

### DISCUSSION

En regard des faibles taux des contrôles préalables, l'intérêt de ces analyses avant la pose du système ESSURE a été discuté. Nous nous interrogeons sur l'influence du résultat de ces contrôles sur la décision médicale, ainsi que sur la non traçabilité de certaines vérifications. A l'exception d'une seule, toutes les interventions ont été réalisées par le même chirurgien. Le second praticien effectuerait des interventions dans d'autres établissements de santé.

Concernant le suivi postopératoire, les patientes n'ayant pas eu une contraception bien suivie ou d'ASP ne se sont pas présentées au rendez-vous de contrôle. Il faut noter, dans un cas, l'échec de la technique mis en évidence par l'ASP.

Dans un dernier temps, la traçabilité du dossier patient a été comparée à celle du tableau de suivi des DMI de la pharmacie. Une concordance a été mise en évidence dans 100 % des cas. Cette comparaison a permis la validation de l'utilisation des tableaux de traçabilité ainsi qu'un rappel des patientes ne s'étant pas présentées au rendez-vous de contrôle. Au total une économie de 1 740 euros a été réalisée par l'absence de certains contrôles.

### CONCLUSION

Cette étude réalisée *a posteriori* a permis de proposer des axes d'amélioration. Les critères présents dans le référentiel et la nécessité du travail administratif a été rappelé aux internes et médecins gynécologues obstétriciens. La qualité des soins a pu être améliorée puisque le praticien a revu les patientes ayant interrompu le suivi postopératoire. La confrontation de notre activité au référentiel de la HAS a montré des absences de traçabilité écrite plus que des absences de réalisation pratiques. Ce travail a permis une amélioration du suivi des patientes. L'organisation actuelle de la traçabilité des DMI est efficace.