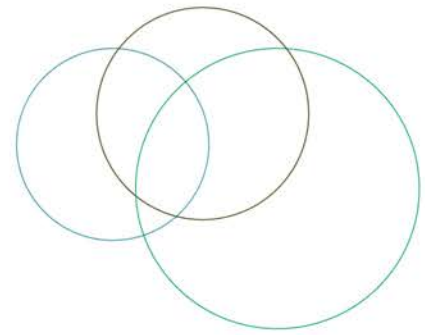


RESSOURCE D'AMÉLIORATION POUR LES
PRÉJUDICES À L'HÔPITAL

Traumatisme obstétrical



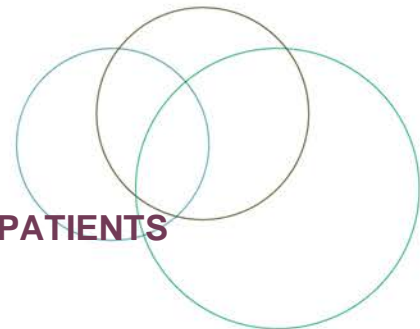
REMERCIEMENTS



L'Institut canadien d'information sur la santé et l'Institut canadien pour la sécurité des patients ont collaboré à un ensemble de travaux pour corriger les lacunes des indicateurs de préjudices et pour contribuer aux efforts d'amélioration de la sécurité des patients dans les hôpitaux canadiens.

La Ressource d'amélioration pour les préjudices à l'hôpital a été élaborée par l'Institut canadien pour la sécurité des patients pour servir de complément à la mesure des préjudices à l'hôpital développée par l'Institut canadien d'information sur la santé. Elle fait le lien entre la mesure et l'amélioration en fournissant des ressources qui soutiendront les efforts d'amélioration de la sécurité des patients.





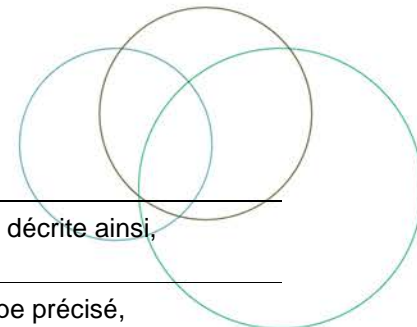
CODES DE LA BASE DE DONNÉES SUR LES CONGÉS DES PATIENTS (BDGP) COMPRIS DANS CETTE CATÉGORIE CLINIQUE :

A03 : Traumatisme obstétrical

Concept	Déchirures du périnée du troisième ou du quatrième degré, ou autres lésions obstétricales des organes pelviens au cours d'un accouchement vaginal sans instrument, diagnostiquées durant l'épisode de soins de l'accouchement.
Remarque	Se reporter au groupe D03 : Traumatisme obstétrical au cours d'un accouchement vaginal avec instrument.
Critères de sélection	
O70.201* O70.211† O70.221† O70.231† O70.281† O70.291† O70.301 O71.181 O71.301 O71.401 O71.501 O71.601	Code inscrit comme diagnostic de type (M), (1), (2), (W), (X) ou (Y) ET O10–O16, O21–O26, O28–O37, O40–O46, O48.–, O60–O75, O85–O92, O95.– ou O98-O99 dont le sixième caractère est 1 ou 2 ou Z37.– sur le même abrégé
5.PC.80.JH 5.PC.80.JJ 5.PC.80.JR 5.PC.80.JQ 5.PC.80.JU 5.PC.80.JL	Code inscrit comme intervention ET code O10–O16, O21–O26, O28–O37, O40–O46, O48.–, O60–, O75, O85–O92, O95.– ou O98-O99 dont le sixième caractère est 1 ou 2 ou Z37.– sur le même abrégé
	* Données antérieures à 2018-2019 † Données à partir de 2018-2019
Exclusions	<ol style="list-style-type: none"> 1. Abrégés portant des codes d'intervention relatifs à un accouchement avec instrument ou par césarienne (5.MD.53.^^, 5.MD.54.^^, 5.MD.55.^^, 5.MD.56.NN, 5.MD.56.PC, 5.MD.56.NR, 5.MD.56.PF, 5.MD.56.NW, 5.MD.56.PJ ou 5.MD.60.^^) 2. Abrégés portant un code relatif à une grossesse se terminant par un avortement (O04.– OU 5.CA.20.^^, 5.CA.24.^^, 5.CA.88.^^, 5.CA.89.^^ ou 5.CA.93.^^, excluant les abandons)
Codes	Description des codes
O70.201	Déchirure obstétricale du périnée, du troisième degré, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
O70.211	Déchirure obstétricale du périnée, du troisième degré, type 3a, décrite ainsi, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
O70.221	Déchirure obstétricale du périnée, du troisième degré, type 3b, décrite ainsi, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum

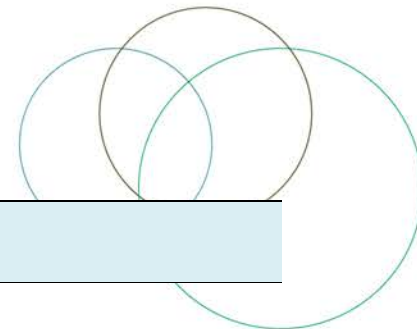


RESSOURCE D'AMÉLIORATION POUR LES PRÉJUDICES À L'HÔPITAL
Traumatisme obstétrical



O70.231	Déchirure obstétricale du périnée, du troisième degré, type 3c, décrite ainsi, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
O70.281	Déchirure obstétricale du périnée, du troisième degré, autre type précisé, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
O70.291	Déchirure obstétricale du périnée, du troisième degré, type non précisé, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
O70.301	Déchirure obstétricale du périnée, du quatrième degré, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
O71.181	Autres ruptures de l'utérus pendant le travail, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
O71.301	Déchirure obstétricale du col de l'utérus, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
O71.401	Déchirure obstétricale vaginale haute, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
O71.501	Autres lésions obstétricales des organes pelviens, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
O71.601	Lésions obstétricales intéressant les articulations et les ligaments pelviens, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
5.PC.80.JH	Réparation chirurgicale, postpartum, déchirure, lacération obstétricale du corps de l'utérus
5.PC.80.JJ	Réparation chirurgicale, postpartum, déchirure, lacération obstétricale récente du col lors d'un accouchement par voie basse
5.PC.80.JR	Réparation chirurgicale, postpartum, déchirure, lacération obstétricale récente de la vessie et de l'urètre
5.PC.80.JQ	Réparation chirurgicale, postpartum, déchirure, lacération obstétricale récente du rectum et du sphincter externe de l'anus
5.PC.80.JU	Réparation chirurgicale, postpartum, déchirure, lacération obstétricale vaginale haute récente
5.PC.80.JL	Réparation chirurgicale, postpartum, déchirure, lacération obstétricale récente d'un ou de plusieurs ligaments larges de l'utérus
Codes additionnels	Inclusions
O10–O16 O21–O26 O28–O37 O40–O46 O48.– O60–O75 O85–O92 O95.– O98–O99 Z37.–	Résultat de l'accouchement (voir l'annexe A de l'Indicateur de préjudices à l'hôpital : notes méthodologiques générales)



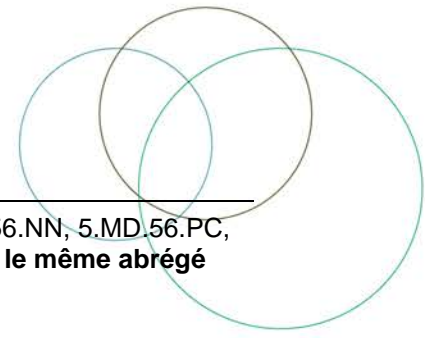


Codes additionnels	Exclusions
O04.–	Avortement médical
5.CA.20.^^	Pharmacothérapie (en préparation pour), interruption de grossesse
5.CA.24.^^	Préparation par dilatation du col, (pour) interruption de grossesse
5.CA.88.^^	Interruption pharmacologique de grossesse
5.CA.89.^^	Interruption de grossesse par chirurgie
5.CA.93.^^	Suppression chirurgicale de grossesse extra-utérine
5.MD.53.^^	Accouchement par forceps, rotation et traction
5.MD.54.^^	Accouchement par traction par ventouse obstétricale
5.MD.55.^^	Accouchement avec utilisation combinée de ventouse obstétricale et de forceps
5.MD.56.NN	Accouchement par siège, sans épisiotomie, extraction partielle par le siège [accouchement par siège assisté] avec application d'un forceps sur la tête dernière
5.MD.56.PC	Accouchement par siège, avec épisiotomie, extraction partielle par le siège [accouchement par siège assisté] avec application d'un forceps sur la tête dernière
5.MD.56.NR	Accouchement par siège, sans épisiotomie, extraction totale par le siège, avec application d'un forceps sur la tête dernière
5.MD.56.PF	Accouchement par siège, avec épisiotomie, extraction totale par le siège, avec application d'un forceps sur la tête dernière
5.MD.56.NW	Accouchement par siège, sans épisiotomie, extraction par le siège, sans précision, avec application d'un forceps sur la tête dernière
5.MD.56.PJ	Accouchement par siège, avec épisiotomie, extraction par le siège, sans précision, avec application d'un forceps sur la tête dernière
5.MD.60.^^	Accouchement par césarienne

D03 : Traumatisme obstétrical

Concept	Déchirures du troisième degré ou plus graves, ou autres lésions obstétricales des organes pelviens au cours d'un accouchement vaginal avec instrument.
Remarque	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se reporter au groupe A03 : Traumatisme obstétrical pour les traumatismes obstétricaux au cours d'un accouchement vaginal sans instrument. 2. Ce groupe clinique ne comprend pas les traumatismes obstétricaux au cours d'un accouchement par césarienne.
Critères de sélection	
O70.201* O70.211 † O70.221 † O70.231 †	Code inscrit comme diagnostic de type M, 1, 2, W, X ou Y ET code O10-O16, O21-O26, O28-O37, O40-O46, O48.–, O60-O75, O85-O92, O95.– ou O98-O99 dont le sixième caractère est 1 ou 2 ou Z37.– ET codes

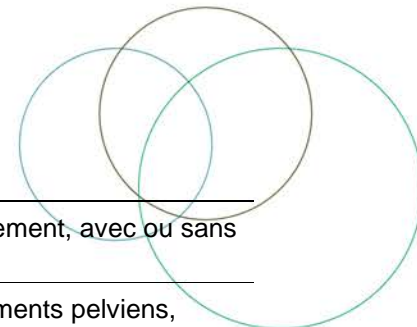




O70.281 † O80.291 † O70.301 O71.181 O71.301 O71.401 O71.501 O71.601	d'interventions 5.MD.53.^^, 5.MD.54.^^, 5.MD.55.^^, 5.MD.56.NN, 5.MD.56.PC, 5.MD.56.NR, 5.MD.56.PF, 5.MD.56.NW ou 5.MD.56.PJ sur le même abrégé
5.PC.80.JH 5.PC.80.JJ 5.PC.80.JR 5.PC.80.JQ 5.PC.80.JU 5.PC.80.JL	Code inscrit comme intervention ET code O10-O16, O21-O26, O28-O37, O40-O46, O48.–, O60-O75, O85-O92, O95.– ou O98-O99 dont le sixième caractère est 1 ou 2 ou Z37.– ET codes d'interventions 5.MD.53.^^, 5.MD.54.^^, 5.MD.55.^^, 5.MD.56.NN, 5.MD.56.PC, 5.MD.56.NR, 5.MD.56.PF, 5.MD.56.NW ou 5.MD.56.PJ sur le même abrégé
	* Données antérieures à 2018-2019 † Données à partir de 2018-2019
Exclusions	<ol style="list-style-type: none"> 1. Abrégés portant des codes d'intervention relatifs à un accouchement par césarienne (5.MD.60.^^) 2. Abrégés portant un code relatif à une grossesse se terminant par un avortement (O04.– OU 5.CA.20.^^, 5.CA.24.^^, 5.CA.88.^^, 5.CA.89.^^ ou 5.CA.93.^^, excluant les abandons)
Codes	Description des codes
O70.201	Déchirure obstétricale du périnée, du troisième degré, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
O70.211	Déchirure obstétricale du périnée, du troisième degré, type 3a, décrite ainsi, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
O70.221	Déchirure obstétricale du périnée, du troisième degré, type 3b, décrite ainsi, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
O70.231	Déchirure obstétricale du périnée, du troisième degré, type 3c, décrite ainsi, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
O70.281	Déchirure obstétricale du périnée, du troisième degré, autre type précisé, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
O70.291	Déchirure obstétricale du périnée, du troisième degré, type non précisé, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
O70.301	Déchirure obstétricale du périnée, du quatrième degré, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
O71.181	Autres ruptures de l'utérus pendant le travail, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
O71.301	Déchirure obstétricale du col de l'utérus, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
O71.401	Déchirure obstétricale vaginale haute, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum

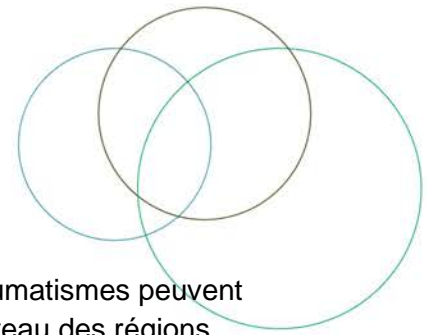


RESSOURCE D'AMÉLIORATION POUR LES PRÉJUDICES À L'HÔPITAL
Traumatisme obstétrical



O71.501	Autres lésions obstétricales des organes pelviens, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
O71.601	Lésions obstétricales intéressant les articulations et les ligaments pelviens, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
5.PC.80.JH	Réparation chirurgicale, postpartum, déchirure, lacération obstétricale du corps de l'utérus
5.PC.80.JJ	Réparation chirurgicale, postpartum, déchirure, lacération obstétricale récente du col lors d'un accouchement par voie basse
5.PC.80.JR	Réparation chirurgicale, postpartum, déchirure, lacération obstétricale récente de la vessie et de l'urètre
5.PC.80.JQ	Réparation chirurgicale, postpartum, déchirure, lacération obstétricale récente du rectum et du sphincter externe de l'anus
5.PC.80.JU	Réparation chirurgicale, postpartum, déchirure, lacération obstétricale vaginale haute récente
5.PC.80.JL	Réparation chirurgicale, postpartum, déchirure, lacération obstétricale récente d'un ou de plusieurs ligaments larges de l'utérus
Codes additionnels	Inclusions
5.MD.53.^	Accouchement par forceps, rotation et traction
5.MD.54.^	Accouchement par traction par ventouse obstétricale
5.MD.55.^	Accouchement avec utilisation combinée de ventouse obstétricale et de forceps
5.MD.56.NN	Accouchement par siège, sans épisiotomie, extraction partielle par le siège [accouchement par siège assisté] avec application d'un forceps sur la tête dernier
Codes additionnels	Exclusions
5.MD.60.^	Accouchement par césarienne
O10–O16 O21–O26 O28–O37 O40–O46 O48.– O60–O75 O85–O92 O95.– O98–O99 Z37.–	Résultat de l'accouchement (voir l'annexe A de l'Indicateur de préjudices à l'hôpital : notes méthodologiques générales)





SURVOL ET IMPLICATIONS

Les lacérations sont courantes à la suite d'un accouchement vaginal. Les traumatismes peuvent survenir au niveau du col de l'utérus, du vagin et de la vulve, y compris au niveau des régions labiale, périclitorale et périurétrale, ainsi que sur le périnée (American College of Obstetricians and Gynecologists ou ACOG, 2018). La sécurité d'une femme pendant l'accouchement peut être évaluée en examinant les déchirures du périnée potentiellement évitables (Organisation de coopération et de développement économiques ou OCDE, 2019) et d'autres déchirures obstétricales des organes pelviens pendant les accouchements vaginaux. S'il est impossible de prévenir tous les cas de déchirure, il est toutefois possible d'en réduire le nombre par une prise en charge appropriée des phases du travail et la prestation de soins obstétricaux de qualité (OCDE, 2019).

Les lésions obstétricales du sphincter anal (LOSA)

(également connues sous le nom de lésion obstétricale du sphincter anal)

Les traumatismes périnéaux surviennent spontanément lors d'un accouchement vaginal ou se produisent à la suite d'une épisiotomie. Les traumatismes périnéaux graves peuvent entraîner des lésions aux sphincters anaux et à la muqueuse anale. Les lésions obstétricales du sphincter anal (LOSA) comprennent les déchirures périnéales de troisième et de quatrième degré. Les déchirures du troisième degré mettent en jeu une perturbation partielle ou intégrale du complexe sphinctérien anal (lequel est composé du sphincter anal externe et du sphincter anal interne). Les déchirures du quatrième degré mettent en jeu une perturbation de la muqueuse anale, en plus d'une division du complexe sphinctérien anal (Aasheim et al., 2017; Harvey & Pierce, 2015).

Le tableau ci-dessous répertorie la classification des LOSA du premier au quatrième degré :

1^{er} degré	Lésion cutanée périnéale seulement
2^e degré	Lésion périnéale mettant en jeu les muscles du périnée, mais n'affectant pas le sphincter anal
3^e degré	Lésion périnéale mettant en jeu le complexe sphinctérien anal :
3a	Déchirure affectant moins de 50 % de l'épaisseur du sphincter anal externe (SAE)
3b	Déchirure affectant plus de 50 % de l'épaisseur du SAE
3c	Déchirure affectant le SAE et le sphincter anal interne (SAI)
4^e degré	Lésion périnéale mettant en jeu le complexe sphinctérien anal (SAE et SAI) et l'épithélium anal

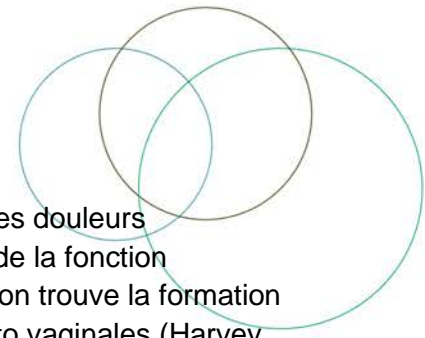
(Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG), 2015; Harvey & Pierce, 2015)

Les lésions obstétricales du sphincter anal peuvent exercer des effets considérables sur les femmes en nuisant à leur qualité de vie tant à court qu'à long terme. La douleur périnéale constitue l'une des complications immédiates les plus pénibles des lésions périnéales. À court terme, la douleur périnéale est associée à de l'œdème et à des ecchymoses, le tout pouvant être attribuable à des sutures serrées, à une infection ou à une rupture de plaie. La douleur périnéale peut mener à une rétention urinaire et à des problèmes de défécation au cours de la période suivant



RESSOURCE D'AMÉLIORATION POUR LES PRÉJUDICES À L'HÔPITAL

Traumatisme obstétrical



immédiatement l'accouchement. À long terme, les femmes qui connaissent des douleurs périnéales pourraient en venir à présenter une dyspareunie et une altération de la fonction sexuelle. De plus, parmi les complications des déchirures périnéales graves, on trouve la formation d'abcès, la rupture de plaie, l'incontinence anale et l'apparition de fistules recto vaginales (Harvey & Pierce, 2015).

Le Canada accuse un retard par rapport aux autres pays de l'OCDE en ce qui concerne les mesures de sécurité des patients. Plus précisément, les taux de traumatismes obstétricaux au Canada sont deux fois plus élevés que la moyenne de l'OCDE (sans instruments : 1,4, avec instruments : 5,5) et ces ne se sont pas améliorés (Institut canadien d'information sur la santé ou ICIS, 2019a).

L'incidence des lésions obstétricales et sphinctériennes varie considérablement dans le pays. En 2017-2018, le taux moyen de lésions obstétricales et sphinctériennes lors d'accouchements vaginaux sans l'aide d'instruments était de 3,1 pour 100 accouchements au Canada; les taux dans les diverses provinces et territoires oscillent entre 1,3 et 4,2 (ICIS, 2019b).

Les accouchements assistés par voie vaginale augmentent le risque d'un traumatisme périnéal important (OCDE, 2019; Hobson et al., 2019; Harvey et Pierce, 2015). Les lésions obstétricales du sphincter anal surviennent plus souvent lors des accouchements où l'extraction instrumentale se fait au moyen de forceps comparativement à la ventouse obstétricale (Hobson et al., 2019; Harvey et Pierce, 2015). Le taux canadien moyen d'accouchements vaginaux avec l'aide d'instruments était de 16,4 pour 100 accouchements ; avec des taux provinciaux et territoriaux se situant entre 6,0 et 24,1 (ICIS, s.d.).

Voici d'autres facteurs de risque de traumatisme périnéal : l'ethnicité asiatique, la primiparité, le poids du bébé à la naissance supérieur à quatre kilogrammes, la dystocie des épaules, la présentation occipito-postérieure du bébé et la prolongation de la deuxième phase du travail (RCOG, 2015; Harvey et Pierce, 2015).

Les déchirures cervicales

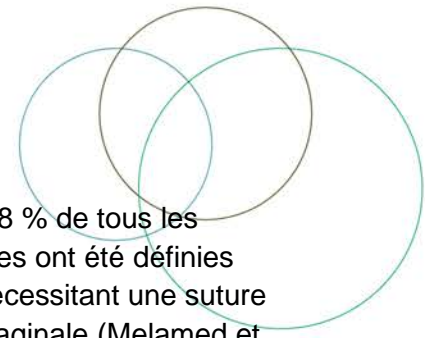
On considère généralement que les déchirures cervicales périnatales se produisent en raison du passage du fœtus dans le col utérin lors d'un accouchement vaginal. Cependant, des lacérations cervicales peuvent également être observées au moment d'un accouchement par césarienne, en particulier quand la césarienne est exécutée pendant le deuxième stade du travail (soit en raison d'un arrêt au cours du deuxième stade, soit en raison d'indications fœtales) (Wong et al., 2016).

Bien que de nombreuses études aient été publiées au sujet des lacérations vaginales et périnéales, les données sur l'incidence, les caractéristiques cliniques et les facteurs de risque des lacérations cervicales périnatales sont rares (Melamed et al., 2009). Le peu de documentation disponible révèle que les lacérations cervicales périnatales sont fréquentes et que leur incidence globale varie de 25 à 90 % dans différents rapports. Cependant, la plupart des cas sont asymptomatiques et ne sont constatés qu'à l'examen de routine du col de l'utérus (Melamed et al., 2009).



RESSOURCE D'AMÉLIORATION POUR LES PRÉJUDICES À L'HÔPITAL

Traumatisme obstétrical



Des lacérations cervicales cliniquement significatives compliquent de 0,2 à 4,8 % de tous les accouchements vaginaux. Les lacérations cervicales cliniquement significatives ont été définies comme des lacérations associées à des saignements vaginaux anormaux, nécessitant une suture du col ou qui s'étendent jusqu'au segment inférieur de l'utérus ou à la paroi vaginale (Melamed et al., 2009).

La rupture utérine

La rupture utérine pendant le travail, une complication obstétricale rare, mais grave (Andersen et al., 2016), se définit comme une déchirure spontanée de l'utérus qui peut entraîner l'expulsion du fœtus dans la cavité péritonéale. La rupture utérine peut se produire en fin de grossesse ou lors d'un travail actif. Elle survient le plus souvent chez les femmes ayant déjà eu une césarienne, le long des lignes de cicatrices. D'autres facteurs prédisposent à la rupture utérine, notamment les anomalies utérines congénitales, les traumatismes et d'autres interventions chirurgicales utérines, comme les myomectomies ou l'intervention chirurgicale maternofoetale par hystérotomie (Moldenhauer, 2020). La rupture utérine est une situation urgente nécessitant une attention immédiate. Une laparotomie doit être effectuée pour tenter de diminuer la morbidité et la mortalité maternelle et périnatale (Qualité des services de santé Ontario ou QSSO, 2018).

Les femmes qui choisissent un accouchement vaginal après avoir subi une césarienne présentent un risque plus élevé de rupture utérine que celles qui choisissent une nouvelle césarienne (QSSO, 2018). En dépit de ce risque, un accouchement vaginal après une césarienne (AVAC) est associé à une diminution de la morbidité maternelle et du risque de complications lors de futures grossesses ainsi qu'à une réduction du taux d'accouchement par césarienne dans la population (ACOG, 2019).

Au Canada, si le taux de césariennes primaires s'est maintenu à 17,8 %. Cependant, la proportion de femmes ayant déjà eu une césarienne et qui ont eu une césarienne itérative n'a cessé d'augmenter. Cette augmentation constante des césariennes itératives s'accompagne d'une diminution du nombre d'essais de travail après césarienne (ETAC) et d'accouchements vaginaux après une césarienne (AVAC) (Dy et al., 2019).

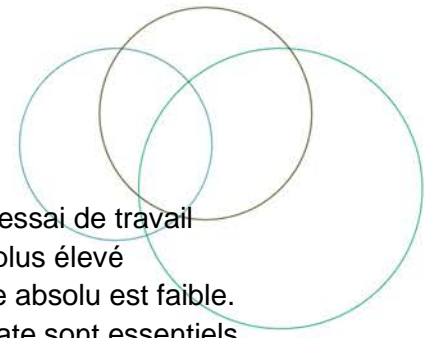
La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) propose des lignes directrices fondées sur des données probantes pour le déroulement d'un essai de travail après une césarienne (Dy et al., 2019). Voici l'essentiel des directives de pratique clinique relatives à l'essai de travail chez les femmes ayant déjà subi une césarienne :

1. L'ETAC est recommandé aux femmes qui ne présentent aucune contre-indication au travail ou à l'accouchement vaginal, à celles qui ont déjà accouché par voie vaginale ou pour qui le travail s'amorce spontanément.
2. Les femmes qui ont des césariennes itératives par choix montrent un risque relatif de décès maternel plus élevé; les femmes qui font un ETAC présentent un risque relatif de rupture utérine plus élevé. Toutefois, les risques absolus de l'une ou l'autre de ces complications sont faibles.
3. Le risque de base de rupture utérine en cas d'ETAC se chiffre à 0,47 %.



RESSOURCE D'AMÉLIORATION POUR LES PRÉJUDICES À L'HÔPITAL

Traumatisme obstétrical



4. Les femmes ayant déjà eu une césarienne qui envisagent de faire un essai de travail doivent être informées que le risque relatif de mortalité périnatale est plus élevé comparativement à celui d'une césarienne itérative, mais que le risque absolu est faible.
5. Une surveillance fœtale continue et l'accès à une laparotomie immédiate sont essentiels lors de la planification d'un ETAC.

La femme et son médecin traitant doivent décider ensemble si l'ETAC est la solution appropriée considérant les circonstances (Dy et al., 2019). Une prise de décision commune, éclairée, appuyée par les données probantes, qui tient compte des risques de l'ETAC et des césariennes itératives est essentielle. Tous les centres devraient disposer d'un plan d'intervention en cas de rupture utérine. Des exercices de simulation s'avèrent utiles pour mieux se préparer à ces rares complications.

OBJECTIF

Réduire l'incidence des traumatismes obstétricaux dans ce groupe clinique.

IMPORTANCE POUR LES PATIENTS ET LEURS FAMILLES

Au Canada, il y a environ 380 000 naissances par an (Statistique Canada, n.d.). Bien que de nombreuses naissances puissent sembler « normales » et sans incident, les données dépeignent un autre tableau. Selon les données de OCDE, sur les 23 pays recensés en 2017, le Canada avait le taux le plus élevé de traumatismes obstétricaux déclarés pour les accouchements vaginaux avec et sans instruments (OCDE, 2019).

Le traumatisme obstétrical est l'un des événements indésirables les plus courants au Canada. Les traumatismes obstétricaux, y compris les traumatismes du troisième degré et les déchirures plus importantes, peuvent entraîner des séjours prolongés pour les mères, ainsi que des complications chroniques comme l'incontinence anale, la dyspareunie, la douleur périnéale et autres dysfonctions du plancher pelvien (CIHI, n.d.). Les répercussions psychologiques et physiques immédiates et à long terme de ces complications sur la mère et la famille sont difficiles à mesurer. Bon nombre des événements indésirables qui surviennent sont le résultat de défaillances du système plutôt que de défaillances individuelles. On sait maintenant qu'en créant un système de soins plus fiable, nous serons en mesure de prévenir, d'atténuer et de cerner les possibilités de prévenir les préjudices (Institute for Healthcare Improvement, 2012).

Récit de patientes

Vidéos LOSA: Pourquoi il est important de réduire les LOSA

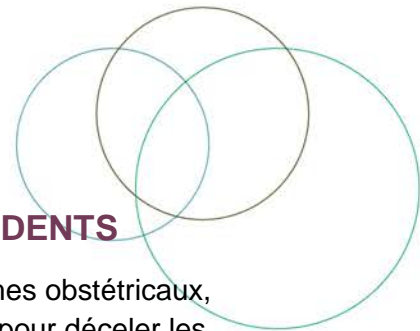
Voici les vidéos de trois femmes qui ont témoigné de façon anonyme sur leur expérience d'avoir souffert des effets d'une LOSA (RCOG, n.d.).

[LOSA : L'histoire de Tia](#) (en anglais seulement)

[LOSA : L'histoire de Sarah](#) (en anglais seulement)

[LOSA : L'histoire de Lisa](#) (en anglais seulement)





REVUES CLINIQUES ET SYSTÉMIQUES, ANALYSE DES INCIDENTS

Vu les nombreuses causes potentielles de complications liées aux traumatismes obstétricaux, nous préconisons le recours aux études cliniques et aux revues systématiques pour déceler les causes latentes et formuler des recommandations appropriées.

La survenue de préjudices est souvent complexe, avec de nombreux facteurs contributifs. Les établissements doivent :

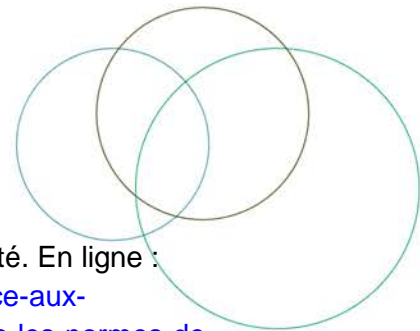
1. Mesurer et faire le suivi des types et de la fréquence de ces incidents.
2. Utiliser des méthodes d'analyse appropriées pour comprendre les facteurs contributifs sous-jacents.
3. Élaborer et mettre en œuvre des solutions ou des stratégies visant à prévenir la récurrence de tels incidents et à réduire le risque de préjudice.
4. Mettre en place des mécanismes visant à atténuer les conséquences du préjudice lorsque cela survient.

Pour acquérir une meilleure compréhension des soins prodigués aux patients, l'étude de dossiers, l'analyse des incidents ainsi que les analyses prospectives peuvent être fort utiles pour reconnaître et saisir les opportunités d'améliorer la qualité. Vous trouverez des liens vers les principales ressources permettant de réaliser des vérifications de dossiers ainsi que des méthodes d'analyse dans l'Introduction de la Ressource d'amélioration pour les préjudices à l'hôpital.

Si votre revue révèle que les cas de traumatisme obstétrical sont liés à des processus ou à des interventions particulières, consultez les ressources ci-après (en anglais seulement) :

- Collège américain des obstétriciens et gynécologues. www.acog.org
 - Prevention and Management of Obstetric Lacerations at Vaginal Delivery. ACOG Practice Bulletin, Clinical Management Guidelines for Obstetrician–Gynecologists. N° 198, septembre 2018.
 - Operative Vaginal Delivery. ACOG Practice Bulletin, Clinical Management Guidelines for Obstetrician–Gynecologists. N° 154, novembre 2015.
 - Vaginal Birth After Caesarean Delivery. ACOG Practice Bulletin, Clinical Management Guidelines for Obstetrician–Gynecologists. N° 2015, février 2019.
- Association des infirmières en santé des femmes, en obstétrique et en néonatalogie. www.awhonn.org
- Association des sages-femmes de l'Ontario. www.ontariomidwives.ca
 - Vaginal birth after Previous Low-Segment Caesarean Section, Clinical Practice Guideline, 14. septembre 2011. En ligne : <https://www.ontariomidwives.ca/sites/default/files/CPG%20full%20guidelines/CPG-Vaginal-birth-after-caesarean-section-PUB.pdf>





- Santé Ontario. <https://www.hqontario.ca/>
 - Accouchement vaginal après césarienne (AVAC) : Norme de qualité. En ligne : <https://www.hqontario.ca/Am%C3%A9liorer-les-soins-gr%C3%A2ce-aux-donn%C3%A9es-probantes/Normes-de-qualit%C3%A9/Voir-toutes-les-normes-de-qualit%C3%A9/Accouchement-vaginal-apr%C3%A8s-c%C3%A9sarienne-AVAC>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). <https://www.nice.org.uk/>
 - Intrapartum care for healthy women and babies. Clinical guideline 190. Publié en : décembre 2014; mis à jour en : février 2017. En ligne : <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190>
 - Caesarean section. Clinical guideline 132. Publié en : novembre 2011; mis à jour en : septembre 2019. En ligne : <https://www.nice.org.uk/guidance/cg132>
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (Royaume-Uni). <https://www.rcog.org.uk/>
 - The OASI Care Bundle Project – <https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/audit-quality-improvement/oasi-care-bundle/>
 - The Management of Third- and Fourth-Degree Perineal Tears – Green-top Guideline (Ligne directrice relative au traitement des déchirures périnéales de troisième et quatrième degré), n° 29, juin 2015
 - Birth After Previous Caesarean Birth – Green-top Guideline (Donner naissance après une césarienne - ligne directrice), n° 45, octobre 2015
- Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC). <https://sogc.org/>
 - Lésions obstétricales du sphincter anal (LOSA) : Prévention, identification et réparation Directives cliniques de la SOGC. N° 330, décembre 2015.
 - Accouchement vaginal assisté. Directives cliniques de la SOGC. N° 381, juin 2019.
 - Essai de travail après césarienne. Directives cliniques de la SOGC. N° 382, juillet 2019.
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). <https://www.who.int/>
 - Liste OMS de contrôle pour la sécurité de l'accouchement. En ligne : <https://www.who.int/patientsafety/implementation/checklists/childbirth/fr/>

INDICATEURS

La mesure est essentielle à l'amélioration de la qualité, surtout pour la mise en œuvre de stratégies d'intervention. Les indicateurs choisis aident à déterminer si un impact est réel (résultat principal), si l'intervention est effectivement réalisée (indicateurs de processus) et si des conséquences imprévues en découlent (indicateurs d'équilibrage).

En choisissant vos indicateurs, tenez compte des éléments suivants :

- Lorsque cela est possible, utiliser des indicateurs que vous utilisez déjà pour d'autres programmes.



RESSOURCE D'AMÉLIORATION POUR LES PRÉJUDICES À L'HÔPITAL Traumatisme obstétrical



- Évaluez votre choix d'indicateurs selon la pertinence des résultats finaux et des ressources nécessaires pour les obtenir; essayez de maximiser les résultats tout en minimisant les ressources employées.
- Essayez d'inclure les indicateurs de processus et de résultats dans votre système de mesure.
- Vous pouvez utiliser différents indicateurs ou modifier les indicateurs décrits ci-dessous pour les rendre plus appropriés et/ou utiles à votre contexte particulier. Cependant, soyez conscient que la modification des indicateurs peut limiter la comparabilité des résultats avec les résultats « d'autres ».
- L'affichage de vos résultats de mesure dans votre établissement est une excellente façon de garder vos équipes motivées et conscientes des progrès. Essayez d'inclure des indicateurs que votre équipe trouvera pertinents et passionnants (IHI, 2011).

ALERTES MONDIALES SUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS

Les [Alertes mondiales sur la sécurité des patients](#) offrent l'opportunité d'apprendre des autres organismes en donnant accès à des incidents particuliers liés à la sécurité des patients, dont des alertes, des conseils, des recommandations et des solutions pour améliorer les soins et prévenir les incidents. Apprendre de l'expérience des autres organismes peut accélérer l'amélioration.

Termes de recherche recommandés :

- Traumatisme obstétrical
- Accouchement vaginal après césarienne (AVAC)
- Rupture utérine
- Déchirure périnéale du troisième degré
- Déchirure périnéale du quatrième degré
- Lésions obstétricales du sphincter anal (LOSA)

EXEMPLES DE RÉUSSITE EN TRAUMATOLOGIE OBSTÉTRICALE

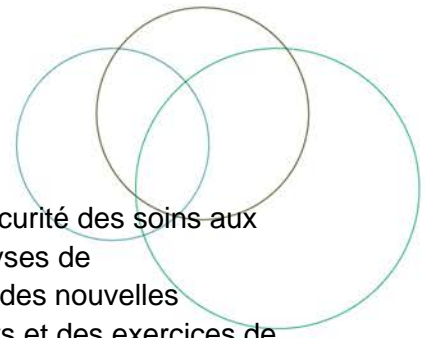
British Columbia Patient Safety & Quality Council-Quality Award Winner (2009) Managing Obstetrical Risk Efficiently (MORE^{OB}) in Northern Health

Lancé en 2006, le programme AMPRO^{OB} est un programme complet d'amélioration de la sécurité des patientes en obstétrique, de développement professionnel et d'amélioration du rendement destiné aux prestataires de soins obstétricaux et aux administrateurs dans les hôpitaux desservis par la Northern Health.

Au cours des quatre dernières années, les prestataires de soins de santé et les administrateurs travaillant dans le domaine de l'obstétrique ont formé une équipe soudée partageant la même passion et le même objectif : privilégier la sécurité des patientes. La proportion des prestataires de soins obstétricaux de la Northern Health participant au programme (y compris les médecins, les sages-femmes, les infirmières et les administrateurs) s'élève à 93 %. L'évaluation du programme a



RESSOURCE D'AMÉLIORATION POUR LES PRÉJUDICES À L'HÔPITAL Traumatisme obstétrical



révélé un accroissement de la prise de responsabilité et la promotion de la sécurité des soins aux patientes comme priorité. Les activités du programme comprennent des analyses de l'environnement, des sondages sur la satisfaction des patients, la mise à jour des nouvelles données probantes et des pratiques exemplaires, la participation à des ateliers et des exercices de compétences. La structure du programme se fonde sur les principes éprouvés des organisations hautement fiables, notamment :

1. La sécurité des patients constitue la priorité et tout le monde en partage la responsabilité.
2. La communication est de la plus haute importance.
3. Les activités reposent sur le travail d'équipe.
4. La hiérarchie disparaît en situation d'urgence.
5. Les équipes s'exercent à répondre aux situations d'urgence.

Des évaluations ont lieu régulièrement avec les différents prestataires de soins de santé.

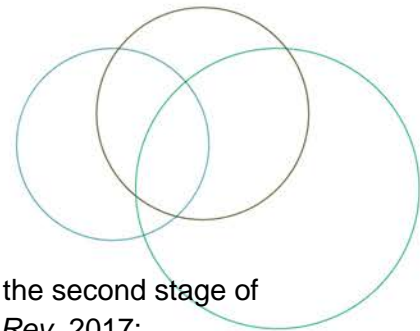
L'évaluation culturelle annuelle en 2009 du programme AMPRO^{OB} a révélé que les participants avaient assimilé la culture organisationnelle, ce qui se traduisait notamment par une communication ouverte en ce qui concerne les patients et les connaissances générales, la valorisation des connaissances et des compétences de chaque personne et un meilleur esprit d'équipe. Une amélioration de la rétention et du recrutement du personnel a été constatée dans tous les secteurs.

Des données statistiques de la Colombie-Britannique issues de la base de données du programme de santé périnatale montre une amélioration des indicateurs, particulièrement une réduction du nombre de déclenchements du travail, un nombre abaissé de mères ayant reçu une péridurale, l'auscultation intermittente du cœur du bébé pendant le travail, une diminution du nombre de césariennes et l'analyse des gaz dans le sang ombilical des nouveau-nés après l'accouchement.

Des changements et des efforts ont été mis pour atteindre ces résultats et déployer l'initiative. Voici quelques-unes des mesures qui ont été entreprises :

- La promotion des composantes annuelles du programme AMPRO^{OB} auprès de l'ensemble des participants;
- Des tournées obstétricales régionales mensuelles par vidéoconférence;
- La mise en place d'un conseil périnatal régional, comprenant des groupes de travail sur la pratique de la qualité;
- Le développement de communautés de pratique;
- La conception d'un modèle visant à soutenir le développement du Conseil pour d'autres disciplines, comme les soins intensifs, les soins d'urgence et les soins de longue durée;
- La tenue d'un congrès annuel de planification pour le noyau de chefs d'équipe (BC Patient Safety & Quality Council, 2009).



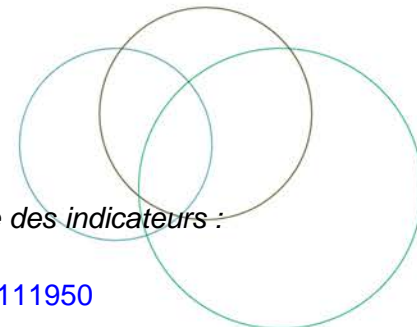


RÉFÉRENCES

- Aasheim V, Nilsen AB, M. Reinar LM, Lukasse M. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma (Review). *Cochrane Database Syst Rev.* 2017; 6:CD006672. doi : 10.1002/14651858.CD006672.pub3.
- Andersen MM., Thisted DLA, Amer-Wahlin I, Krebs L. Can Intrapartum Cardiotocography Predict Uterine Rupture among Women with Prior Caesarean Delivery?: A Population Based Case-Control Study. *PLoS One.* 2016;11(2):e0146347. doi:10.1371/journal.pone.0146347
- Beckmann M.M. et O.M. Stock, Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma, *Cochrane Database Syst Rev.* 2013; 4: CD005123. DOI : 10.1002/14651858.CD005123.pub3. Disponible à : <http://cochranelibrary-wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD005123.pub3/full>
- BC Patient Safety & Quality Council. Quality Awards 2009. Approche multidisciplinaire en prévention des *risques obstétricaux* (AMPRO^{OB}) Northern Health. BC Patient Safety & Quality Council; 2009. <https://bcpsqc.ca/quality-awards/winners/managing-obstetrical-risk-efficiently-moreob-northern-health/>. Consulté le 21 avril 2020.
- Collège américain des obstétriciens et gynécologues, Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. Practice bulletin no 198: Prevention and Management of Obstetric Lacerations at Vaginal Delivery. *Obstet Gynecol.* 2018;132(3):e87-e102. doi:10.1097/AOG.0000000000002841.
- Collège américain des obstétriciens et gynécologues, Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. Practice bulletin no 205: Vaginal Birth After Caesarean Delivery. *Obstet Gynecol,* 22019;133(2):e110-e127. doi:10.1097/AOG.0000000000003078
- Dy J, DeMeester S, Lipworth H, Barrett J. No. 382-Trial of Labour After Caesarean. *J Obstet Gynaecol Can.* 2019;41(7):992-1011. doi:10.1016/j.jogc.2018.11.008
- Harvey MA, Pierce M. No. 330 Obstetrical anal sphincter injuries (OASIS): Prevention, recognition, and repair. *J Obstet Gynaecol Can.* 2015;37(12):1131–1148. Erratum. doi : 10.1016/j.jogc.2016.02.004
- Health Quality Ontario (HQO). Vaginal Birth After Caesarean (VBAC): Care for People Who Have Had a Caesarean Birth and Are Planning Their Next Birth. HQO. <https://www.hqontario.ca/am%C3%A9liorer-les-soins-gr%C3%A2ce-aux-donn%C3%A9es-probantes/normes-de-qualit%C3%A9/voir-toutes-les-normes-de-qualit%C3%A9/accouchement-vaginal-apr%C3%A8s-c%C3%A9sarienne-avac>. Publié en 2018. Consulté le 21 avril 2020.
- Hobson S, Cassell K, Windrim R, Cargill Y. No. 381-Assisted Vaginal Birth. *J Obstet Gynaecol Can.* 2019;41(6):870-882. doi:10.1016/j.jogc.2018.10.020
- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS, CIHI en anglais). Le Canada tire toujours de l'arrière par rapport à d'autres pays de l'OCDE sur le plan des mesures de la sécurité des patients. Ottawa (Ontario) : CIHI (ICIS en français); 2019a. [https://www.cihi.ca/fr/le-canada-tire-toujours-de-larriere-par-rapport-a-dautres-pays-de-l-ocde-sur-le-plan-des-mesures-de](https://www.cihi.ca/fr/le-canada-tire-toujours-de-larriere-par-rapport-a-dautres-pays-de-locde-sur-le-plan-des-mesures-de).



RESSOURCE D'AMÉLIORATION POUR LES PRÉJUDICES À L'HÔPITAL Traumatisme obstétrical



Institut canadien d'information sur la santé (ICIS, CIHI en anglais). *Répertoire des indicateurs : Traumatisme obstétrical (avec instrument)*. Disponible à :
<http://repertoiredesindicateurs.icis.ca/pages/viewpage.action?pageId=5111950>

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS, CIHI en anglais). OECD Interactive Tool: International Comparisons — Patient Safety: OB Trauma: No Instrument: Provincial comparison with All OECD countries, 2017 or most recent year. CIHI.
<https://www.cihi.ca/fr/outil-interactif-de-locde-comparaisons-internationales-securite-des-patients>. Publié le 13 décembre 2019b. Consulté le 20 avril 2020.

Institute for Healthcare Improvement, *How-to Guide: Prevent obstetrical adverse events*, Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement, 2012. Disponible à :
<http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/HowtoGuidePreventObstetricalAdverseEvents.aspx>

Melamed N, Ben-Haroush A, Chen R, Kaplan B, Yogev Y. Intrapartum cervical lacerations: characteristics, risk factors, and effects on subsequent pregnancies. *Am J Obstet Gynecol*, 2009;200(4):388.e1-388.34. doi : 10.1016/j.ajog.2008.10.034.

Moldenhauer JS. Uterine Rupture. *Manuel Merck*. Janvier 2020.
<https://www.msmanuals.com/fr/professional/gyn%a9cologie-et-obst%a9trique/anomalies-et-complications-du-travail-et-de-l'accouchement/rupture-ut%a9rine>. Consulté le 21 avril 2020.

Ophir E., M. Odeh, Y. Hirsch et J. Bornstein, Uterine rupture during trial of labor: controversy of induction's methods, *Obstet Gynecol Surv*, 2012; 67 (11): 734-745. DOI : 10.1097/OGX.0b013e318273feeb.

Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), *Panorama de la santé 2019 : OECD Indicators*. Paris, FR : OECD Publishing 2019. doi:10.1787/19991320

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. *Green-top guideline n. 29: The management of third- and fourth-degree perineal tears*, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists: 2015. Disponible à :
<https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg-29.pdf>

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Vidéos sur la LOSA : *Why reducing OASI Matters*. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.
<https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/audit-quality-improvement/oasi-care-bundle/oasi-videos/>. Consulté le 21 avril 2020.

Statistique Canada, *Tableau 17-10-0016-01, Estimations des naissances, par sexe, annuelles*, Ottawa (Ontario). : Statistique Canada, n.d. doi:10.25318/1710001601-eng. Consulté le 20 avril 2020.

Wong LF, Wilkes J, Korgenski K, Varner MW, Manuck TA, Intrapartum cervical laceration and subsequent pregnancy outcomes, *AJP Rep*, 2016; 6 (3): e318–e323. doi:10.1055/s-0036-1592198.

