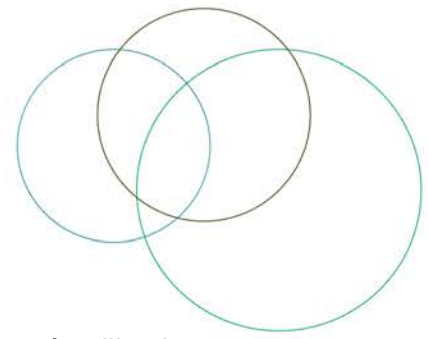




RESSOURCE D'AMÉLIORATION POUR
LES PRÉJUDICES À L'HÔPITAL

Traumatisme à la naissance



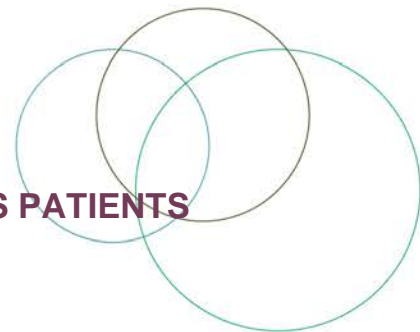
REMERCIEMENTS



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.





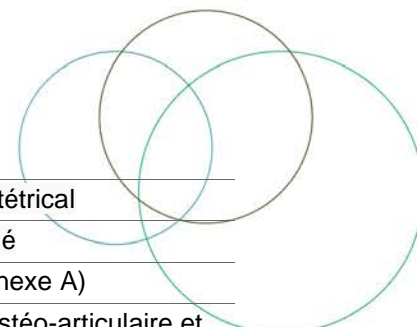
CODES DE LA BASE DE DONNÉES SUR LES CONGÉS DES PATIENTS (BDGP) COMPRIS DANS CETTE CATÉGORIE CLINIQUE :

A04 : Traumatisme à la naissance

Concept	Lésions subies par le nouveau-né au cours d'un accouchement vaginal sans instrument, diagnostiquées durant l'épisode de soins de l'accouchement.
Remarque	Voir D04 : Lésions au cours d'un accouchement avec instrument ou par césarienne.
Critère de sélection	
Codes	Affections
P10–P15	Code inscrit comme diagnostic de type M, 1, 2, W, X ou Y ET code d'entrée N*
Exclusions	<ol style="list-style-type: none"> 1. Abrégés de nouveau-nés dont la mère porte 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.^^)‡ OU 2. Abrégés de nouveau-né avec lésion cérébrale due à un traumatisme obstétrical (P10.–, P11.1 ou P11.2) comme diagnostic de type M ou 1 ET enfants nés avant terme et poids faibles à la naissance (P07.–) comme diagnostic de type M, 1 ou 2 OU 3. Abrégés de nouveau-nés avec interruption de grossesse, affectant le fœtus et nouveau-né (P96.4) OU 4. Abrégés de nouveau-nés avec malformations congénitales du système nerveux (Q00-Q07) comme diagnostic de type M ou 1 OU 5. Abrégés de nouveau-nés avec malformations congénitales et déformations du système ostéo-articulaire et des muscles (Q65-Q79) comme diagnostic de type M ou 1
Codes	Description des codes
P10.-	Déchirure et hémorragie intracrâniennes dues à un traumatisme obstétrical
P11.-	Autres lésions du système nerveux central dues à un traumatisme obstétrical
P12.-	Lésion du cuir chevelu due à un traumatisme obstétrical
P13.-	Lésion du squelette due à un traumatisme obstétrical
P14.-	Lésion du système nerveux périphérique due à un traumatisme obstétrical
P15.-	Autres traumatismes obstétricaux
Codes additionnels	Exclusions
P07.-	Anomalies liées à une brièveté de la gestation et à un poids insuffisant à la naissance, non classées ailleurs
P10.–§	Déchirure et hémorragie intracrâniennes dues à un traumatisme obstétrical
P11.1§	Autres lésions cérébrales précisées, dues à un traumatisme obstétrical



RESSOURCE D'AMÉLIORATION POUR LES PRÉJUDICES À L'HÔPITAL
Traumatisme à la naissance



P11.2 [§]	Lésion cérébrale non précisée, due à un traumatisme obstétrical
P96.4	Interruption de grossesse, affectant le fœtus et nouveau-né
Q00–Q07	Malformations congénitales du système nerveux (voir l'annexe A)
Q65–Q79	Malformations congénitales et déformations du système ostéo-articulaire et des muscles (voir l'annexe A)
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 le siège, sans épisiotomie, extraction partielle par le siège [accouchement par le siège assisté] avec application d'un forceps sur la tête dernière
5.MD.56.PC	Accouchement par le siège, avec épisiotomie, extraction partielle par le siège [accouchement par le siège assisté] avec application d'un forceps sur la tête dernière
5.MD.56.NR	Accouchement par le siège, sans épisiotomie, extraction totale par le siège, avec application d'un forceps sur la tête dernière
5.MD.56.PF	Accouchement par le siège, avec épisiotomie, extraction totale par le siège, avec application d'un forceps sur la tête dernière
5.MD.56.NW	Accouchement par le siège, sans épisiotomie, extraction par le siège, sans précision, avec application d'un forceps sur la tête dernière
5.MD.56.PJ	Accouchement par le siège, avec épisiotomie, extraction par le siège, sans précision, avec application d'un forceps sur la tête dernière
5.MD.60. ^{^^}	Accouchement par césarienne

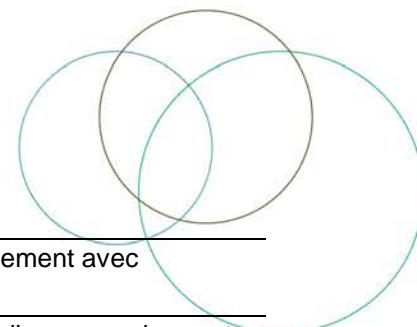
* Le code d'entrée N indique une naissance vivante à l'établissement déclarant.

† Compte tenu de l'absence de numéros de dossiers dans les données de l'Île-du-Prince-Édouard, il est impossible de distinguer les traumatismes à la naissance survenus lors d'accouchements avec ou sans instrument. Par conséquent, tous les traumatismes à la naissance déclarés à l'Île-du-Prince-Édouard sont inclus dans ce groupe, sans égard à l'utilisation d'instruments ou à la méthode d'accouchement.

‡ Un nouveau-né dont la mère a obtenu son congé de l'établissement de soins de courte durée au cours d'un exercice financier différent ne peut pas être couplé à l'abrégé de la mère; par conséquent, comme le couplage est effectué à l'intérieur d'un même exercice financier, quelques cas de traumatisme à la naissance qui appartiennent au groupe D04 pourraient avoir été mal classés dans le groupe A04. L'exercice financier est déterminé en fonction de la date de sortie du 1er avril au 31 mars de l'année subséquente.

§ Ces codes font partie des critères de sélection, sauf si une naissance avant terme et un faible poids à la naissance sont codifiés. Voir les conditions d'exclusion dans la description précédente des critères de sélection.





D04 : Traumatisme à la naissance

Concept	Lésions subies par le nouveau-né au cours d'un accouchement avec instrument ou par césarienne.
Remarque	Voir A04 : Traumatisme à la naissance, lésions au cours d'un accouchement vaginal sans instrument.
Critère de sélection	
Codes	Description des codes
P10–P15	Code inscrit comme diagnostic de type M, 1, 2, W, X ou Y ET code d'entrée N* ET Nouveau-nés dont l'abrégé de la mère porte 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.^^)‡
Exclusions	<ol style="list-style-type: none"> 1. Abrégés de nouveau-nés avec lésion cérébrale due à un traumatisme obstétrical (P10.–, P11.1 ou P11.2) comme diagnostic de type M ou 1 ET naissances avant terme et poids faibles à la naissance (P07.–) comme diagnostic de type M, 1 ou 2 OU 2. Abrégés de nouveau-nés avec interruption de grossesse, affectant le fœtus et nouveau-né (P96.4) OU 3. Abrégés de nouveau-nés avec malformations congénitales du système nerveux (Q00-Q07) comme diagnostic de type M ou 1 OU 4. Abrégés de nouveau-nés avec malformations congénitales et déformations du système ostéo-articulaire et des muscles (Q65-Q79) comme diagnostic de type M ou 1
Codes	Description des codes
P10.-	Déchirure et hémorragie intracrâniennes dues à un traumatisme obstétrical
P11.-	Autres lésions du système nerveux central dues à un traumatisme obstétrical
P12.-	Lésion du cuir chevelu due à un traumatisme obstétrical
P13.-	Lésion du squelette due à un traumatisme obstétrical
P14.-	Lésion du système nerveux périphérique due à un traumatisme obstétrical
P15.-	Autres traumatismes obstétricaux
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 le siège, sans épisiotomie, extraction partielle par le siège [accouchement par le siège assisté] avec application d'un forceps sur la tête dernière



RESSOURCE D'AMÉLIORATION POUR LES PRÉJUDICES À L'HÔPITAL
Traumatisme à la naissance

5.MD.56.PC	Accouchement par le siège, avec épisiotomie, extraction partielle par le siège [accouchement par le siège assisté] avec application d'un forceps sur la tête dernière
5.MD.56.NR	Accouchement par le siège, sans épisiotomie, extraction totale par le siège, avec application d'un forceps sur la tête dernière
5.MD.56.PF	Accouchement par le siège, avec épisiotomie, extraction totale par le siège, avec application d'un forceps sur la tête dernière
5.MD.56.NW	Accouchement par le siège, sans épisiotomie, extraction par le siège, sans précision, avec application d'un forceps sur la tête dernière
5.MD.56.PJ	Accouchement par le siège, avec épisiotomie, extraction par le siège, sans précision, avec application d'un forceps sur la tête dernière
5.MD.60.^	Accouchement par césarienne
Codes additionnels	Exclusions
P07.-	Anomalies liées à une brièveté de la gestation et à un poids insuffisant à la naissance, non classées ailleurs
P10.–§	Déchirure et hémorragie intracrâniennes dues à un traumatisme obstétrical
P11.1§	Autres lésions cérébrales précisées, dues à un traumatisme obstétrical
P11.2§	Lésion cérébrale non précisée, due à un traumatisme obstétrical
P96.4	Interruption de grossesse, affectant le fœtus et nouveau-né
Q00–Q07	Malformations congénitales du système nerveux (voir l'annexe A de l' Indicateur de préjudices à l'hôpital : notes méthodologiques générales)
Q65–Q79	Malformations congénitales et déformations du système ostéo-articulaire et des muscles (voir l'annexe A de l' Indicateur de préjudices à l'hôpital : notes méthodologiques générales)

* Le code d'entrée N indique une naissance vivante à l'établissement déclarant.

† Compte tenu de l'absence de numéros de dossiers dans les données de l'Île-du-Prince-Édouard, il est impossible de distinguer les traumatismes à la naissance survenus lors d'accouchements avec ou sans instrument. Par conséquent, tous les traumatismes à la naissance déclarés à l'Île-du-Prince-Édouard sont inclus dans le groupe A04 : Traumatisme à la naissance, sans égard à l'utilisation d'instruments ou à la méthode d'accouchement.

‡ L'abrégié d'un nouveau-né dont la mère a obtenu son congé de l'établissement de soins de courte durée au cours d'un exercice financier différent ne peut pas être couplé à celui de la mère; par conséquent, comme le couplage est effectué à l'intérieur d'un même exercice financier, quelques cas de traumatisme à la naissance qui appartiennent au groupe D04 pourraient avoir été mal classés dans le groupe A04. L'exercice financier est déterminé en fonction de la date de sortie du 1er avril au 31 mars de l'année subséquente.

§ Ces codes font partie des critères de sélection, sauf si une naissance avant terme et un faible poids à la naissance sont codifiés. Voir les exclusions susmentionnées.





SURVOL ET IMPLICATIONS

Les traumatismes à la naissance sont ceux qui sont subis pendant le processus de naissance, lequel comprend le travail et l'accouchement. Ils peuvent être évitables ou non et survenir en dépit de soins obstétricaux qualifiés et compétents, comme dans le cas d'un travail particulièrement difficile ou prolongé ou d'une présentation anormale. (Prazad et al., 2019).

Depuis 1981, en raison du perfectionnement des techniques obstétricales et du recours accru aux césariennes de préférence aux accouchements vaginaux difficiles, on a assisté à une baisse spectaculaire des traumatismes à la naissance en tant que cause de décès néonatal. Ces derniers ne figuraient pas parmi les 10 principales causes de décès postnatals dans les statistiques rapportées pour 2013-2014. Malgré une réduction des taux de mortalité associés, les traumatismes à la naissance demeurent une source importante de morbidité néonatale et d'admissions dans les unités de soins intensifs néonataux. Les lésions intracrâniennes graves après un accouchement par voie vaginale assisté par ventouse obstétricale ou forceps ou une tentative ratée d'accouchement par voie vaginale assisté par instruments sont particulièrement préoccupantes. Bien que de nombreuses lésions soient bénignes et autolimitées, d'autres sont graves et potentiellement mortelles (Prazad et al., 2019).

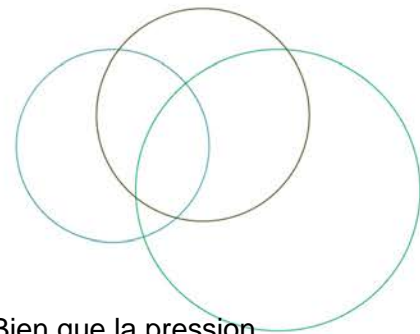
L'incidence des lésions néonatales résultant d'accouchements difficiles ou traumatiques diminue en raison du recours croissant à la césarienne en remplacement des versions difficiles, des extractions par ventouse obstétricale ou des accouchements par forceps moyens ou hauts. Il existe un risque accru de traumatisme lorsque le nourrisson est gros pour l'âge gestationnel, ce qui est parfois associé au diabète maternel, ou en cas de présentation par le siège ou autre présentation anormale, en particulier chez les primipares (Stavis, 2019).

Sur la base de la fréquence uniquement, certains des principaux résultats de l'étude de Pressler, *Classification of major newborn birth injuries*, peuvent être mis en évidence. Par exemple, sur les 20 catégories principales de lésions néonatales citées, huit (40 %) concernent les vaisseaux sanguins et un certain type d'hémorragie. Les nerfs ou le système nerveux sont touchés dans six (30 %) des lésions, et un organe majeur est également touché dans six (30 %) des lésions. Seules cinq (24 %) résultent d'un type de fracture osseuse. On croit que la cause des lésions est associée à la survenue d'une dystocie des épaules dans six (30 %) des cas. L'utilisation de techniques instrumentales (par exemple, les forceps ou ventouse obstétricale) est mentionnée comme étant en cause dans au moins 11 (55 %) des lésions. Six (30 %) des traumatismes à la naissance ont été signalés comme ayant un pronostic potentiellement fatal (Pressler, 2008).

Les catégories et les sous-catégories de traumatismes à la naissance courants incluent (Stavis, 2019) :

- Le **traumatisme crânien** est la lésion obstétricale la plus courante. Elle est généralement mineure, mais des lésions graves se produisent parfois.
 - Moulage de tête
 - Abrasions du cuir chevelu
 - Bosse sérosanguine





- Hémorragie sous-galéale*
- Céphalématome*
- Fractures du crâne avec enfoncement
- **Lésions du nerf facial*** - Le nerf facial est le plus souvent touché. Bien que la pression des forceps soit une cause courante, certaines blessures résultent probablement d'une pression exercée sur le nerf à l'intérieur de l'utérus.
- **Lésions du plexus brachial*** - Ces lésions surviennent fréquemment à la suite d'un étirement latéral du cou lors de l'accouchement, provoqué par une dystocie des épaules, une extraction par le siège ou une hyperabduction du cou en présentation céphalique.
 - Paralysie d'Erb
 - Paralysie de Klumpke
 - Atteinte de l'ensemble du plexus
- **Lésions du nerf phrénique*** - La plupart des blessures du nerf phrénique (environ 75 %) sont associées à des lésions eu plexus brachial. La blessure est généralement unilatérale et est provoquée par une blessure suite à la traction de la tête et du cou.
- **Lésion de la moelle épinière*** - Ces lésions sont habituellement observées au cours d'accouchements par le siège et sont liées à une traction longitudinale excessive exercée sur le rachis.
- **Hémorragie intracrânienne** - L'hémorragie cérébrale ou méningée peut survenir chez le nouveau-né, mais est particulièrement fréquente chez les prématurés; environ 25 % des nourrissons prématurés de moins de 1500 g présentent une hémorragie intracrânienne.
- **Fractures*** - La fracture médioclaviculaire, qui est la fracture la plus fréquente au cours de l'accouchement, se produit en présence d'une dystocie des épaules, mais aussi lors d'accouchements normaux non traumatiques.
- **Lésions des tissus mous** - Tous les tissus mous sont susceptibles d'être lésés pendant l'accouchement, qu'ils soient engagés en premier ou subissent les pressions des contractions utérines.

* liés à des accouchements assistés par des instruments.

L'incidence des traumatismes à la naissance a considérablement diminué au cours des deux dernières décennies. La macrosomie et les accouchements avec instruments sont les principaux facteurs de risque de lésions lors de la naissance. L'utilisation de forceps est la cause la plus fréquente de lésion du nerf facial, qui est généralement autolimitée. La paralysie d'Erb est la lésion la plus fréquente du plexus brachial. La dystocie des épaules est un facteur de risque majeur de lésion du plexus brachial. L'accouchement par césarienne planifié en cas de présentation par le siège réduit la mortalité et la morbidité. L'hématome de la fosse postérieure peut provoquer une compression du tronc cérébral, entraînant une insuffisance respiratoire (Akanjire & Carter, 2016).



Traumatisme à la naissance

Maintenant que l'utilisation des forceps est moins fréquente (notamment l'utilisation de forceps moyens et hauts), bon nombre des lésions qui étaient courantes avant 1966 (par exemple, les fractures du crâne, des os du visage ou du fémur, la paralysie faciale) et les lésions de la colonne cervicale sont rarement observées aux États-Unis de nos jours. Les accouchements par le siège sont moins susceptibles d'être réalisés par voie vaginale, et les césariennes peuvent être pratiquées en utilisant une incision transversale plutôt que médiane. Près de la moitié des traumatismes importants subis à la naissance et des conséquences négatives graves peuvent être évités grâce à une détection et à une intervention précoces. Pour éviter certaines issues négatives, diverses techniques d'évaluation, telles que l'anamnèse périnatale, l'examen physique, les radiographies, la paracentèse, l'échographie, la tomographie assistée par ordinateur et l'imagerie par résonance magnétique, peuvent être utilisées pour prédire plus précisément les anomalies exposant le fœtus à un risque élevé de lésions obstétricales majeures. Prévoir la probabilité d'une blessure ne garantit toutefois pas qu'elle ne se produira pas, mais peut contribuer à en atténuer la gravité (Pressler, 2008).

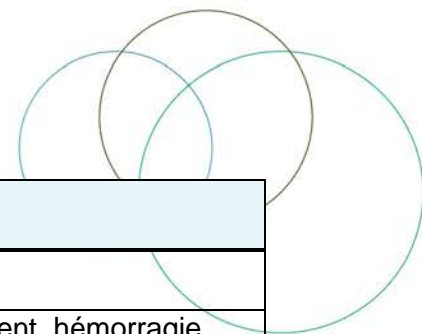
Lorsque l'accouchement par voie vaginale avec instruments est considéré comme présentant un risque élevé d'échec, il doit être considéré comme un essai d'accouchement par voie vaginale assisté et avoir lieu dans un endroit où le recours immédiat à la césarienne est possible (Hobson et al., 2019).

La réalisation d'une césarienne avec extraction d'une tête fœtale profondément enclavée dans le bassin maternel est techniquement difficile, même pour les obstétriciens chevronnés. La difficulté pour le chirurgien est de dégager la tête à la main en raison du manque d'espace entre le bassin maternel musculaire et osseux et la tête fœtale profondément enclavée. Cette procédure est associée à de graves complications néonatales, des lésions crâniennes provoquant des hémorragies cérébrales et une hypoxie du nouveau-né se traduisant par un taux d'admission néonatale plus élevé par exemple. La méthode de la poussée de la tête (« head pushing ») est la technique la plus couramment pratiquée. Cependant, l'extraction par le siège inversé (« reverse breech extraction ») a progressivement reçu la priorité. Des évaluations récentes des données néonatales montrent une morbidité inférieure après la méthode d'extraction par le siège inversé par rapport à la méthode de la poussée de la tête lorsque le travail est obstrué. Les résultats bénéfiques pour la mère et le fœtus de la procédure du siège inversé indiquent qu'il s'agit d'une alternative fiable à la méthode standard de poussée de la tête, et qu'elle devrait être utilisée de préférence dans les situations de tête fœtale profondément enclavée lors d'une césarienne en travail avancé (Lenz et al., 2019).

Facteurs de risque et lésions associées

Les facteurs prédisposant le nourrisson aux traumatismes à la naissance et aux lésions qui y sont associées incluent (Akangire, 2016) :





Facteurs de risque	Lésions associées
Accouchement avec forceps	Lésions du nerf facial
Accouchement avec ventouse obstétricale	Fractures du crâne avec enfoncement, hémorragie sous-galéale
Forceps/ventouse/forceps + ventouse	Céphalématome, hémorragie intracrânienne, dystocie de l'épaule, hémorragie rétinienne
Présentation du siège	Paralysie du plexus brachial, hémorragie intracrânienne, lacérations glutéales, fractures des os longs
Macrosomie	Dystocie de l'épaule, fractures de la clavicule et des côtes, céphalématome, bosse sérosanguine
Présentation anormale (visage, front, transversale, mixte)	Ecchymoses excessives, hémorragie rétinienne, lacérations
Prématurité	Ecchymoses, hémorragies intracrâniennes et extracrâniennes
Accouchement précipité	Ecchymoses, hémorragies intracrâniennes et extracrâniennes, hémorragie rétinienne

OBJECTIF

Réduire l'incidence des traumatismes subis par le nouveau-né lors d'un accouchement par voie vaginale avec ou sans instruments, ou lors d'une césarienne.

IMPORTANCE POUR LES PATIENTS ET LEURS FAMILLES

Un traumatisme à la naissance est une lésion résultant d'une pression physique exercée pendant le processus d'accouchement, généralement lors du passage dans la filière pelvigénitale. Les lésions de naissance sont le plus souvent dues aux pressions naturelles du travail et de l'accouchement. Autrefois, lorsque les risques d'accouchement par césarienne étaient élevés, les médecins procédaient à des accouchements difficiles en tirant le fœtus à l'aide de forceps (un instrument chirurgical aux bords arrondis qui s'adapte autour de la tête du fœtus). Cependant, faire descendre le fœtus d'un endroit élevé de la filière pelvigénitale à l'aide de forceps présentait un risque élevé de provoquer des lésions à la naissance. Aujourd'hui, les forceps ne sont utilisés que dans les dernières étapes de l'accouchement et causent rarement des blessures. Dans l'ensemble, le taux de lésions obstétricales est beaucoup plus faible aujourd'hui qu'au cours des décennies précédentes en raison de l'amélioration de l'évaluation prénatale par échographie, de l'utilisation limitée des forceps et du fait que les médecins



RESSOURCE D'AMÉLIORATION POUR LES PRÉJUDICES À L'HÔPITAL Traumatisme à la naissance

pratiquent souvent la césarienne s'ils prévoient un risque accru de lésions obstétricales (Stavis, 2019).

Récit de patients

« Je ne peux oublier l'horreur de la naissance de mon fils. »

Malgré les progrès de la médecine, l'accouchement demeure une cause majeure du syndrome de stress post-traumatique — et pourtant, personne n'en parle. Leah McLaren raconte l'histoire éprouvante de l'arrivée de son deuxième enfant — et son combat pour obtenir un traitement et du soutien. (McLaren, 2017).

<https://www.theguardian.com/lifeandstyle/2017/may/07/i-cant-forget-the-horror-of-my-sons-birth-post-traumatic-stress-disorder-childbirth>

REVUES CLINIQUES ET SYSTÉMIQUES, ANALYSE DES INCIDENTS

Étant donné la variété et la multiplicité des causes de traumatisme à la naissance, des revues cliniques et systématiques devraient être effectuées pour déceler les causes sous-jacentes et formuler des recommandations appropriées.

La survenue de préjudices est souvent complexe, avec de nombreux facteurs contributifs.

Les établissements doivent :

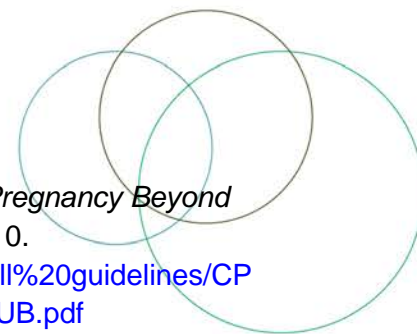
1. Mesurer et faire le suivi des types et de la fréquence de ces incidents.
2. Utiliser des méthodes d'analyse appropriées pour comprendre les facteurs contributifs sous-jacents.
3. Élaborer et mettre en œuvre des solutions ou des stratégies visant à prévenir la récurrence et à réduire le risque de préjudice.
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 bilan révèle que vos cas de traumatismes à la naissance sont liés à des processus ou procédures spécifiques, ces ressources pourraient vous être utiles (en anglais pour la majorité) :

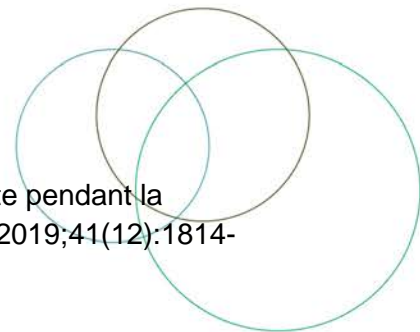
- AMPRO^{OB} www.amproob.com
- Association of Ontario Midwives www.ontariomidwives.ca





- Corey J, MacDonald T. *Management of the Uncomplicated Pregnancy Beyond 41+0 Weeks Gestation*. Association of Ontario Midwives; 2010.
<https://www.ontariomidwives.ca/sites/default/files/CPG%20full%20guidelines/CPG-Management-of-pregnancy-beyond-41-weeks-gestation-PUB.pdf>
- British Medical Journal Open <https://bmjopen.bmj.com/>
 - Coroneos CJ, Voineskos SH, Christakis MK, Thoma A, Bain JR, Brouwers MC. Obstetrical brachial plexus injury (OBPI): Canada's national clinical practice guideline. *BMJ Open*. 2017;7(1):e014141. doi:10.1136/bmjopen-2016-014141
- Cureus Journal of Medical Science <https://www.cureus.com/>
 - Ojumah N, Ramdhan RC, Wilson C, Loukas M, Oskouian RJ, Tubbs RS. Neurological Neonatal Birth Injuries: A Literature Review. *Cureus*. 2017;9(12):e1938. doi:10.7759/cureus.1938
- Fanaroff & Martin's Neonatal-Perinatal Medicine Eleventh Edition
 - Prazad PA, Rajpal MN, Mangurten HH, Puppala BL. Birth Injuries. In: *Fanaroff and Martin's Neonatal-Perinatal Medicine*. 11^e éd., chapitre 29. Elsevier; 2020:458-488
- HIROC www.hiroc.com
 - Healthcare Insurance Reciprocal of Canada. Assisted Vaginal Deliveries. HIROC Risk Reference Sheets. Publié en septembre 2020.
<https://www.hiroc.com/resources/risk-reference-sheets/assisted-vaginal-deliveries>
 - Healthcare Insurance Reciprocal of Canada. Shoulder Dystocia. HIROC Risk Reference Sheets. Publié en septembre 2020.
<https://www.hiroc.com/resources/risk-reference-sheets/shoulder-dystocia>
- Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada www.jogc.ca
 - Hobson S, Cassell K, Windrim R, Cargill Y. No. 381-Accouchement vaginal assisté. *Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada*. 2019;41(6):870-882. doi:10.1016/j.jogc.2018.10.020
 - Kotaska A, Menticoglou S. No. 384-Prise en charge de la présentation du siège du fœtus à terme. *Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada*. 2019;41(8) :1193-1205. doi:10.1016/j.jogc.2018.12.018
 - Lefebvre G, Calder LA, De Gorter R, Bowman CL, Bell D, Bow M. Recommendations from a national panel on quality improvement in obstetrics. *Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada*. 2019;41(5):653-659. doi :10.1016/j.jogc.2019.02.011
 - Bloch C, Dore S, Hobson S. Committee Opinion No. 415: Césarienne au deuxième stade avec enclavement de la tête fœtale. *Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada*. 2021;43(3):406-413. doi:10.1016/j.jogc.2021.01.005





- Berger H, Gagnon R, Sermer M. Guideline No. 393-Le diabète pendant la grossesse. *Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada*. 2019;41(12):1814-1825.e1. doi :[10.1016/j.jogc.2019.03.008](https://doi.org/10.1016/j.jogc.2019.03.008)
- Journal of Perinatal and Neonatal Nursing
 - Pressler JL. Classification of Major Newborn Birth Injuries. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*. 2008;22(1).
https://journals.lww.com/jpnnjournal/Fulltext/2008/01000/Classification_of_Major_Newborn_Birth_Injuries.13.aspx
- Manuel Merck
 - Stavis RL. Traumatismes obstétricaux. Manuel Merck, édition professionnelle. Publié en juillet 2019. Consulté en mars 2021.
<https://www.merckmanuals.com/fr-ca/professional/p%C3%A9diatrie/probl%C3%A8mes-p%C3%A9rinataux/traumatismes-obst%C3%A9tricaux>
- Pediatrics in Review <https://pedsinreview.aappublications.org/>
 - Akangire G, Carter B. Birth Injuries in Neonates. *Pediatr Rev*. 2016;37(11):451. doi:[10.1542/pir.2015-0125](https://doi.org/10.1542/pir.2015-0125)
- Salus Global www.salusglobal.com
- Société des obstétriciens et gynécologues du Canada www.sogc.org

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, utilisez des indicateurs que vous utilisez déjà pour d'autres programmes.
- 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 ou utiles à votre contexte particulier. Cependant, soyez conscients que la modification des indicateurs peut limiter la comparabilité des résultats avec les résultats « d'autres ».



Traumatisme à la naissance

- 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, 2012).

ALERTES MONDIALES SUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS

Les [Alertes mondiales sur la sécurité des patients](#) offrent l'accès et l'opportunité d'apprendre des autres organismes sur 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 à la naissance
- Nouveau-né
- Accouchement
- Traumatisme à la naissance
- Fracture

EXEMPLES DE RÉUSSITE

L'origine de Salus Global Corporation remonte au lancement réussi du programme AMPRO^{OB} (Approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux), créé par le D^r J. Kenneth Milne et son équipe alors qu'il était vice-président exécutif de la division de la sécurité des patients de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC). Le programme a été mis à l'essai avec succès en 2002 dans les unités d'obstétrique des hôpitaux du Canada, et la demande a augmenté rapidement au cours des années suivantes. En 2007, à la recherche d'un partenaire stratégique pour contribuer à l'expansion géographique et pour appliquer les principes sous-jacents du programme AMPRO^{OB} à d'autres domaines cliniques, la SOGC s'est adressée à la Healthcare Insurance Reciprocal of Canada (HIROC). Les deux entités ont donné suite à leur intérêt commun d'améliorer la sécurité des patients et ont formé Salus Global Corporation (Salus Global) en juillet de la même année (Salus Global, n.d.).

Le programme AMPRO^{OB} est un programme complet d'amélioration de la sécurité des patients et des performances des équipes obstétricales interprofessionnelles. Le programme a été mis en œuvre dans plus de 300 hôpitaux au Canada et aux États-Unis et auprès de plus de 16 000 participants au cours des 12 dernières années. Il a fait une différence significative dans les résultats cliniques pour la mère et le bébé et dans la façon dont les équipes de soins de santé fonctionnent ensemble. L'objectif principal du programme AMPRO^{OB} est d'améliorer les résultats cliniques. À ce jour, on a constaté une réduction de 10 % de la mortalité infantile, de 24 % de la morbidité infantile, de 33 % de l'encéphalopathie ischémique hypoxique et de 77 % du nombre de nouveau-nés transférés dans un autre hôpital après une grossesse à faible risque et une naissance électorale (AMPRO^{OB}, n.d.).



RESSOURCE D'AMÉLIORATION POUR LES PRÉJUDICES À L'HÔPITAL
Traumatisme à la naissance

Institute for Healthcare Improvement (www.ihl.org)

Idealized design of perinatal care White Paper (2005)

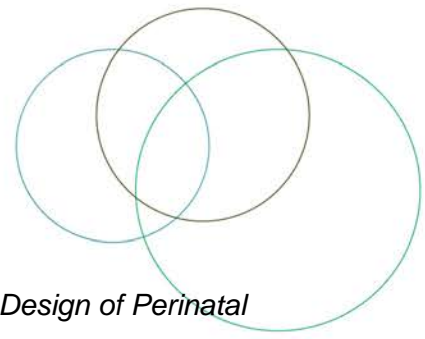
Cherouny PH, Federico FA, Haraden C, Leavitt Gullo S, Resar R. *Idealized Design of Perinatal Care*. IHI; 2005.

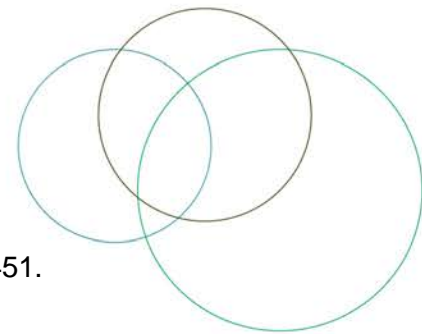
<http://www.ihl.org/resources/Pages/IHIWhitePapers/IdealizedDesignofPerinatalCareWhitePaper.aspx>

ECRI Institute

ECRI Institute. Right On Time: Safe and Timely Delivery of Neonates. Presented at the: FTCA Risk Management Conference; August 7-8, 2012. Consulté en mars 2021.

<https://www.youtube.com/watch?v=95v7osmALG4>





RÉFÉRENCES

- Akangire G, Carter B. Birth Injuries in Neonates. *Pediatr Rev.* 2016;37(11):451.
doi:[10.1542/pir.2015-0125](https://doi.org/10.1542/pir.2015-0125)
- AMPRO^{OB}. Aperçu du programme AMPRO^{OB}. Publié n.d. Consulté en mars 2021.
<https://www.amproob.com/moreob-features>
- Cherouny PH, Federico FA, Haraden C, Leavitt Gullo S, Resar R. *Idealized Design of Perinatal Care*. IHI; 2005. <http://www.ihl.org/resources/Pages/IHIWhitePapers/IdealizedDesignofPerinatalCareWhitePaper.aspx>
- ECRI Institute. Right On Time: Safe and Timely Delivery of Neonates. Presented at the: FTCA Risk Management Conference; August 7-8, 2012. Consulté en mars 2021.
<https://www.youtube.com/watch?v=95v7osmALG4>
- Hobson S, Cassell K, Windrim R, Cargill Y. No. 381- Accouchement vaginal assisté. *Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada.* 2019;41(6):870-882.
doi:[10.1016/j.jogc.2018.10.020](https://doi.org/10.1016/j.jogc.2018.10.020)
- Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP). Alertes mondiales sur la sécurité des patients. <https://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/newsalerts/alerts/pages/default.aspx>
- Institut canadien d'information sur la santé. Annexe A. Dans : Indicateur préjudices à l'hôpital: Notes méthodologiques générales. Institut canadien d'information sur la santé;; 2019.
https://repertoiredesindicateurs.icis.ca/pages/viewpage.action?pagelId=10453108&_ga=2.73057107.1945490073.1621191835-645478359.1621191835&preview=/10453108/15565079/Indicateur%20Pr%C3%A9judices%20%C3%A0%20l%27h%C3%B4pital%20-%20notes%20m%C3%A9thodologiques%20g%C3%A9n%C3%A9rales.pdf
- Institute for Healthcare Improvement. *How-to Guide: Prevent Surgical Site Infections*. IHI; 2012.
<http://www.ihl.org/resources/pages/tools/howtoguidepreventsurgicalsitereinfection.aspx>
- Lenz F, Kimmich N, Zimmermann R, Kreft M. Maternal and neonatal outcome of reverse breech extraction of an impacted fetal head during caesarean section in advanced stage of labour: a retrospective cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth.* 2019;19(1):98.
doi:[10.1186/s12884-019-2253-3](https://doi.org/10.1186/s12884-019-2253-3)
- McLaren L. 'I can't forget the horror of my son's birth.' *The Guardian: International Edition.*
<http://www.theguardian.com/lifeandstyle/2017/may/07/i-cant-forget-the-horror-of-my-sons-birth-post-traumatic-stress-disorder-childbirth>. Publié le 7 mai 2017. Consulté en mars 2021.
- Prazad PA, Rajpal MN, Mangurten HH, Puppala BL. Birth Injuries. In: *Fanaroff and Martin's Neonatal-Perinatal Medicine*. 11^e éd. Chapitre 29. Elsevier; 2020:458-488



RESSOURCE D'AMÉLIORATION POUR LES PRÉJUDICES À L'HÔPITAL
Traumatisme à la naissance

Pressler JL. Classification of Major Newborn Birth Injuries. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*. 2008;22(1). https://journals.lww.com/jpnnjournal/Fulltext/2008/01000/Classification_of_Major_Newborn_Birth_Injuries.13.aspx

Salus Global. About. Publié n.d. Consulté en mars 2021. <https://www.salusglobal.com/about>

Stavis RL. Traumatismes obstétricaux. Manuel Merck, édition professionnelle. Publié en juillet 2019. Consulté en mars 2021. <https://www.merckmanuals.com/fr-ca/professional/p%C3%A9diatrie/probl%C3%A8mes-p%C3%A9rinataux/traumatismes-obst%C3%A9tricaux>

