

"Un accouchement dystocique : paralysie du plexus brachial du nouveau-né évitable ?"

par Anaïs COHEN, Sage-femme responsable du secteur naissance à l'hôpital Saint-Joseph (Paris)

**Tableau d'analyse des causes profondes**

*Ce matériel est réservé à un usage privé ou d'enseignement.*

*Il reste la propriété de la Prévention Médicale, et ne peut en aucun cas faire l'objet d'une transaction commerciale*

Facteurs de la grille ALARM	Éléments de contexte - Causes identifiées
Facteurs liés au patient	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Une patiente jeune, primipare.</li> <li>• Obésité modérée, facteur de risque de moins bonne qualité des mesures échographiques, dû à l'épaisseur de la paroi abdominale.</li> <li>• Diabète gestationnel précoce suivi, rééquilibré en cours de grossesse.</li> <li>• Le motif de déclenchement est la macrosomie fœtale associée à un diabète gestationnel, constituant selon le protocole du service une indication à un déclenchement entre 38 et 39 SA en cas de présentation céphalique.</li> <li>• Aucune situation conflictuelle n'est à signaler lors du suivi de la patiente, qui est francophone, sans problème de compréhension. Le couple est réceptif aux informations données et accepte les conduites à tenir proposées. Climat de confiance installé.</li> </ul>
Facteurs liés aux tâches à accomplir	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Il n'existe pas de filière spécifique pour le suivi des femmes présentant une obésité dans cette maternité. L'obésité est un facteur de risque de complications obstétricales pendant la grossesse et l'accouchement.</li> <li>• Il existe un protocole sur la prise en charge des femmes présentant un diabète gestationnel, pendant la grossesse et pendant le travail.</li> <li>• Il existe également un protocole de prise en charge de fin de grossesse des femmes présentant une suspicion de macrosomie fœtale.</li> <li>• Ces protocoles sont rédigés, validés par les responsables du service et appliqués systématiquement. Leur relecture et leur validation sont récentes.</li> <li>• La macrosomie fœtale dans un contexte de diabète gestationnel constitue une indication à un déclenchement entre 38 et 39 SA dans le but de prévenir les complications obstétricales (dystocie) lors d'un accouchement par voie basse, lorsque le fœtus est en présentation céphalique.</li> <li>• Lors du suivi de cette patiente, une consultation avec un médecin obstétricien aurait dû avoir lieu.</li> <li>• Le diabète gestationnel déséquilibré avec retentissement fœtal place cette patiente dans la filière de grossesse à risques. L'obésité constitue un facteur de risque supplémentaire en faveur de cette orientation de suivi.</li> <li>• L'indication à une maturation à 38-39 SA notée dans le compte rendu de l'échographie à 37 SA a été donnée au couple au décours de l'examen échographique. Lors d'un RDV d'échographie, l'examen clinique n'est pas aussi exhaustif qu'en consultation. Il manque donc un temps d'échange et d'information éclairée au couple.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les hospitalisations de jour et le suivi aux explorations fonctionnelles ne remplacent pas une consultation de suivi avec un médecin.</li> <li>• Les sages-femmes ayant pris en charge la patiente en anténatal auraient dû adresser la patiente à un obstétricien compte tenu du facteur de risque de complications obstétricales que constituent le diabète gestationnel sous insuline, la macrosomie fœtale et l'obésité.</li> <li>• Dans le cas présent, la réalisation d'une estimation de poids fœtal (EPF) le jour de la maturation peut être discutée.</li> <li>• La dernière EPF, à 4000 g a été faite à 37 SA, sur une patiente obèse. La qualité des mesures est diminuée sur les femmes obèses. Dans le protocole du service une EPF &gt; ou = à 4500 g est une indication à une césarienne systématique en cas de diabète gestationnel.</li> <li>• L'avis du chef de garde qui indique la maturation est donné par téléphone et retranscrit par la sage-femme dans le dossier informatisé.</li> <li>• La prescription du Dinoprostone® est faite par l'interne de garde. Cette prescription ne fait pas partie du champ de compétences des sages-femmes.</li> <li>• La maturation a été planifiée par la sage-femme des explorations fonctionnelles une semaine avant, la patiente est arrivée à l'heure prévue le jour J.</li> <li>• La prise en charge du nouveau-né et la réanimation ne relèvent pas de défaut.</li> <li>• Toute l'équipe médicale a été prévenue au moment opportun.</li> </ul>
<p><b>Facteurs liés à l'individu (professionnels)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'activité en salle de naissance est routinière, avec 3 parturientes prises en charge et 3 patientes convoquées pour déclenchement/maturation.</li> <li>• La sage-femme ne signale pas de stress, pas de fatigue inhabituelle, pas de surcharge de travail.</li> </ul>
<p><b>Facteurs liés à l'équipe</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La patiente est prise en charge sur deux secteurs, GHR et salle de naissance. Les transmissions orales et écrites semblent conformes sur l'ensemble du dossier.</li> <li>• Le dossier médical est informatisé depuis plusieurs années et est accessible depuis tous les postes de travail de la maternité.</li> <li>• Une revue de dossiers quotidienne est organisée au sein de cette maternité. Tous les dossiers de maturation sont revus par deux seniors dans l'esprit d'un double regard sur les prises en charge du jour. Les responsables sages-femmes sont également présents pour relayer les décisions et informations importantes à l'équipe du jour.</li> <li>• Dans le cas présent, le dossier n'a pas été présenté en réunion en amont de la programmation de la maturation, ni le jour même de la maturation. La maturation a été indiquée sur un compte rendu d'échographie (non discutée/validée au staff).</li> <li>• L'avis du chef de garde est retranscrit par la sage-femme. Lorsque la sage-femme lui demande un avis téléphonique, a-t-il tous les éléments cliniques et échographiques pour donner sa conduite à tenir (impression clinique, compte rendu échographique, antécédents de la patiente) ?</li> <li>• La patiente interrogée ne relève pas d'insuffisance de communication. Elle a bénéficié des informations suffisantes pour comprendre la situation à chaque étape de sa prise en charge pour son enfant et pour elle-même.</li> </ul>
<p><b>Facteurs liés à l'environnement de travail</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les locaux du secteur naissance et ses équipements sont conformes : matériels récents et maintenance régulière respectant la périodicité préconisée par les fournisseurs.</li> <li>• Les effectifs sont habituels : aucune absence n'est à signaler pour tous les métiers intervenant en secteur naissance.</li> <li>• Le chef de garde est joignable 24h/24 et est sur place. Il est dédié à la salle de naissance, il n'exerce pas sur un autre secteur simultanément.</li> <li>• L'examen des flux des parturientes prises en charge ce jour-là ne signale pas de surcharge de travail particulière : pas de mobilisation excessive des professionnels présents.</li> </ul>

<p><b>Facteurs liés à l'organisation et au management</b></p>	<p><b>Composition de l'équipe</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La sage-femme de consultation a 8 ans d'expérience et exerce régulièrement dans ce secteur, elle connaît bien les protocoles de suivi de grossesse.</li> <li>• La sage-femme des explorations fonctionnelles a 10 ans d'expérience et n'exerce que dans ce secteur. Elle est habituée au suivi des patientes présentant un diabète gestationnel.</li> <li>• La sage-femme de salle de naissance a 20 ans d'expérience.</li> <li>• Les deux autres sages-femmes ne sont pas de jeunes professionnelles, l'une a 6 ans d'expérience et l'autre en a 20.</li> <li>• Les IDE et l'IADE présents sont habitués à la salle de naissance et connaissent les protocoles et les conduites à tenir dans cette situation.</li> <li>• L'obstétricien est un chef expérimenté et a déjà vécu une situation de dystocie des épaules dans sa carrière.</li> <li>• L'anesthésiste et le pédiatre exercent uniquement en maternité et sont habitués à ce genre de prise en charge urgente.</li> <li>• Pas de prise en charge lourde en parallèle à signaler.</li> <li>• Une très bonne culture de sécurité des soins au sein de l'établissement avec l'organisation régulière de Revue de Morbi Mortalité (RMM) au sein même du service. Tout EIG bénéficie d'une analyse pour identifier toutes vulnérabilités qui pourraient générer des pratiques non conformes.</li> </ul>
<p><b>Facteurs liés au contexte institutionnel</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La dystocie des épaules est une situation rare. Il n'y a <i>a priori</i> pas d'autres cas similaires déjà constaté.</li> <li>• La création d'une filière spécifique pour le suivi des femmes obèses est en discussion.</li> <li>• Un établissement de santé qui ne présente aucun problème financier.</li> </ul>