

2018-2022

Diplôme de sage-femme

Ecole de Sages-Femmes René Rouchy – Angers

ÉTAT DES LIEUX DE LA QUALITE DE LA RETRANSCRIPTION DE LA DYSTOCIE DES EPAULES DANS LES DOSSIERS OBSTETRICAUX SIX ANS APRES LES RECOMMANDATIONS DU CNGOF

CROESE CLARA

Née le 04/12/1999 à Saumur (49)

Sous la direction de Madame VERHAEGHE Caroline

Jury

LEGENDRE Guillaume : Président

ROSSARD Yolande : Enseignante de l'établissement partenaire

DELBOS Léa : Médecin

BONFILS Marion : Sage-Femme

Soutenu publiquement le 23 mai 2022

Document confidentiel

AVERTISSEMENT

L'université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les travaux des étudiant·es : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée CROESE Clara

déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiée sur toutes formes de support, numérique ou papier, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire cette thèse / rapport / mémoire.

signé par l'étudiante le 01 / 04 / 2022

REMERCIEMENTS

Je souhaite remercier ;

Le Docteur Caroline VERHAEGHE, gynécologue-obstétricien, ma directrice de mémoire, pour sa disponibilité, le partage de ses connaissances, et son aide précieuse tout au long de ce travail.

L'équipe pédagogique de l'école de sages-femmes d'Angers, et notamment Laurence, pour sa bienveillance permanente, sa bonne humeur et sa disponibilité.

Tout le personnel des archives du CHU d'Angers, pour leur aide dans mon travail de recherche.

Un grand merci à mes amies de promotion : Morgane, Emma, Clara, Léa, Margaux, et Adèle pour tous ces moments partagés ensemble, et leur soutien permanent.

Je remercie tout particulièrement mes parents, mes sœurs, et Richard, pour leurs bons conseils, ainsi que leur soutien infailible durant ces cinq années d'études.

LISTE DES ABREVIATIONS

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens de France

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

SA : Semaine d'Aménorrhée

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

DIM : Direction de l'Information Médicale

IMC : Indice de Masse Corporelle

GO : Gynécologue-Obstétricien

DS : Différence de Score

SDN : Salle De Naissances

SOMMAIRE

Avertissement.....	2
Engagement de non plagiat	3
Remerciements	4
Liste des abréviations	5
Sommaire	6
Introduction.....	7
Matériels et méthodes.....	8
1. Matériels.....	8
1.1 Schéma d'étude	8
1.2 Populations source et cible	8
1.3 Critères d'inclusion et d'exclusion	8
2. Méthodes	8
2.1 Sélection des dossiers obstétricaux.....	8
2.2 Recueil de données.....	9
2.3 Critère de jugement principal.....	10
2.4 Critères de jugement secondaires.....	10
2.5 Analyse des données	10
Résultats	11
3. Flow chart.....	11
4. Caractéristiques de la population étudiée	12
4.1 Caractéristiques générales.....	13
4.2 Caractéristiques néonatales	14
4.3 Caractéristiques de la retranscription de la dystocie des épaules	15
Discussion	17
Conclusion.....	19
Annexes.....	20
Annexe 1 : Caractéristiques devant figurer dans le compte rendu d'accouchement par le CNGOF en cas de dystocie des épaules.....	20
Bibliographie.....	21
Table des tableaux	23
Table des figures.....	24
Table des matières	25
Abstract	26
Résumé.....	26

INTRODUCTION

La dystocie des épaules d'après les recommandations pour la pratique clinique de 2015 du collège national des gynécologues et obstétriciens français est « définie par l'absence de dégagement des épaules du fœtus après l'expulsion de la tête rendant nécessaire le recours à des manœuvres obstétricales autres que la traction douce de la tête ou la manœuvre de restitution. » (1)

La dystocie des épaules complique 0.6 à 1% des accouchements par voie basse et peut entraîner des complications maternelles comme l'hémorragie du post-partum ainsi que des lésions périnéales du troisième et du quatrième degré. Concernant les complications fœtales, la plus fréquente est la lésion du plexus brachial dans 4 à 40% de dystocie des épaules, on retrouve aussi des fractures de l'humérus et de la clavicule fœtale dans 10,6% des cas, ainsi qu'une asphyxie périnatale dans 0,5 à 23% des cas. (2,3)

Différentes études de simulation nous montrent une retranscription incomplète dans les dossiers obstétricaux concernant la retranscription de la dystocie des épaules. Elles soulignent que les retranscriptions dans les dossiers manquent souvent d'éléments critiques ; comme la notation du côté de l'épaule antérieure du fœtus, ou encore le temps entre l'expulsion de la tête et le corps du fœtus. (4,5)

Les recommandations du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens de France (CNGOF) pour la pratique clinique concernant la dystocie des épaules ont été publiées en 2015, elles nous donnent une définition claire et la conduite à tenir précise en cas de dystocie des épaules. (1).

Ceci nous amène à nous questionner sur la situation actuelle : La qualité des retranscriptions de dystocies des épaules dans les dossiers obstétricaux est-elle améliorée depuis la publication des recommandations en 2015 ?

L'hypothèse avancée dans cette étude est une retranscription améliorée de la dystocie des épaules dans les dossiers obstétricaux par rapport à 2015 (6), notamment grâce à la publication des recommandations pour la pratique clinique du CNGOF durant cette même année.

Cette étude avait donc pour principal objectif de comparer la conformité de retranscription de la dystocie des épaules dans les dossiers obstétricaux par rapport à l'étude menée en 2015, sur ce même sujet, au CHU d'Angers.

MATERIELS ET METHODES

1. MATERIELS

1.1 Schéma d'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle, rétrospective, quantitative sous forme d'avant/après et unicentrique réalisée au CHU d'Angers, sur une période de 5 ans et 10 mois, du 01/08/2015 au 31/05/2021.

La période dite avant est définie du 01/01/2007 au 31/07/2015.

La période dite après est définie du 01/08/2015 au 31/05/2021.

1.2 Populations source et cible

La population source comprenait les patientes ayant eu une dystocie des épaules à l'accouchement avec une manœuvre de deuxième intention (Wood inversé et/ou Jacquemier) au CHU d'Angers entre le 01/01/2007 et le 31/07/2015 puis entre le 01/08/2015 et le 31/05/2021.

La population cible comprenait l'ensemble des patientes ayant eu un accouchement voie basse, au CHU d'Angers.

1.3 Critères d'inclusion et d'exclusion

Les patientes incluses dans l'étude devaient remplir l'ensemble des critères suivants :

- Être majeure
- Grossesse singleton
- Accouchement à terme (entre 37 semaines d'aménorrhées (SA) et 41 SA +5 jours)
- Accouchement par voie basse eutocique ou instrumental
- Dystocie des épaules à l'accouchement, avec une manœuvre de deuxième intention (Wood inversé et/ou Jacquemier)

Les patientes exclues de l'étude présentaient au moins un des critères suivants :

- Être mineure
- Grossesse multiple
- Accouchement prématuré avant 37 SA
- Accouchement par césarienne programmée, pendant le travail, ou en urgence
- Dystocie des épaules à l'accouchement réduite par une manœuvre de première intention (pression sus-pubienne et/ou manœuvre de Mac Roberts)

2. METHODES

2.1 Sélection des dossiers obstétricaux

Afin d'avoir accès aux dossiers obstétricaux, une demande d'accès aux dossiers médicaux des patientes a été faite auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Ensuite, une sélection plus affinée des dossiers obstétricaux a été faite grâce à la Direction de l'Informatique Médicale (DIM) du CHU d'Angers, grâce au codage réduction d'une dystocie sévère des épaules JQED002.

2.2 Recueil de données

Le recueil des données s'est fait par lecture des notes dactylographiées des dossiers papiers obstétricaux, puis par saisie sur le logiciel Excel 2016.

Nous avons pu obtenir les caractéristiques de la population maternelle, les caractéristiques de l'accouchement, les caractéristiques de la dystocie des épaules et enfin les caractéristiques néonatales, c'est à dire :

Caractéristiques de la population maternelle

- Âge maternel (en années)
- Gestité
- Parité
- Indice de masse corporel (IMC) (poids en kg / taille en m2)
- Antécédent de dystocie des épaules : oui/non
- Présence ou non d'un diabète gestationnel

Caractéristiques de l'accouchement

- Âge gestationnel (en semaines d'aménorrhées)
- Heure de l'accouchement
- Extraction instrumentale : oui/non
- Épisiotomie : oui/non
- Déchirure périnéale : oui/non
- Hémorragie de la délivrance : oui/non

Caractéristiques de la dystocie des épaules

- Côté de l'épaule antérieure
- Côté de la main introduite par l'opérateur
- Nom et ordre des manœuvres réalisées
- Temps entre l'expulsion de la tête et du corps fœtal
- Description de la rotation effectuée par l'opérateur
- Description de la traction effectuée par l'opérateur
- Personnel réalisant l'accouchement (Sage-femme, Interne, Gynécologue-Obstétricien (GO), Étudiant sage-femme)
- Personnel écrivant dans le dossier obstétrical (Sage-femme, Interne, GO)
- Personnel appelé (anesthésiste et pédiatre)

Caractéristiques néonatales

- Sexe fœtal (masculin/ féminin)
- Poids de naissance (en grammes)
- Score d'Apgar (à une, cinq et dix minutes de vie)
- pH et lactates au cordon ombilical
- Transfert ou non en néonatalogie
- Présence ou non d'une fracture de la clavicule
- Présence ou non d'un plexus brachial

2.3 Critère de jugement principal

La retranscription de la dystocie des épaules dans les dossiers obstétricaux était considérée complète dans le cas où la totalité des critères suivants ont été notés : nom et ordre des manœuvres obstétricales, côté droit ou gauche de l'épaule antérieure, temps entre l'expulsion de la tête et du corps, score d'Apgar. Lorsqu'un de ces critères n'était pas noté dans le dossier obstétrical, la retranscription était considérée incomplète.

2.4 Critères de jugement secondaires

Les critères de jugement secondaires concernaient les autres caractéristiques retranscrites dans le dossier obstétrical à propos de la dystocie des épaules :

- Personnel présent à l'accouchement
- Personnel remplissant le dossier
- Expulsion spontanée ou instrumentale
- Appel de l'anesthésiste et du pédiatre
- Heure du diagnostic de dystocie des épaules
- Heure d'accouchement
- Main introduite par l'opérateur
- Main fœtale tractée
- Rotation effectuée
- Information donnée aux parents sur la situation

2.5 Analyse des données

L'analyse des données a été effectuée grâce au logiciel Excel 2016. Les tests statistiques ont été effectués grâce au site BiostaTGV.

Les variables quantitatives ont été exprimées en moyennes et écarts types. Les variables qualitatives ont été exprimées en effectifs et en pourcentages.

Les moyennes ont été comparées grâce au test de Student avec un seuil de significativité retenu de 0,05. Lorsque les conditions de validité n'étaient pas vérifiées, il était alors réalisé un test de Wilcoxon.

Les pourcentages ont été comparés grâce au test de Chi2 avec le même seuil de significativité. Lorsque les conditions de validité n'étaient pas vérifiées, il était réalisé un test de Fisher.

RESULTATS

3. FLOW CHART

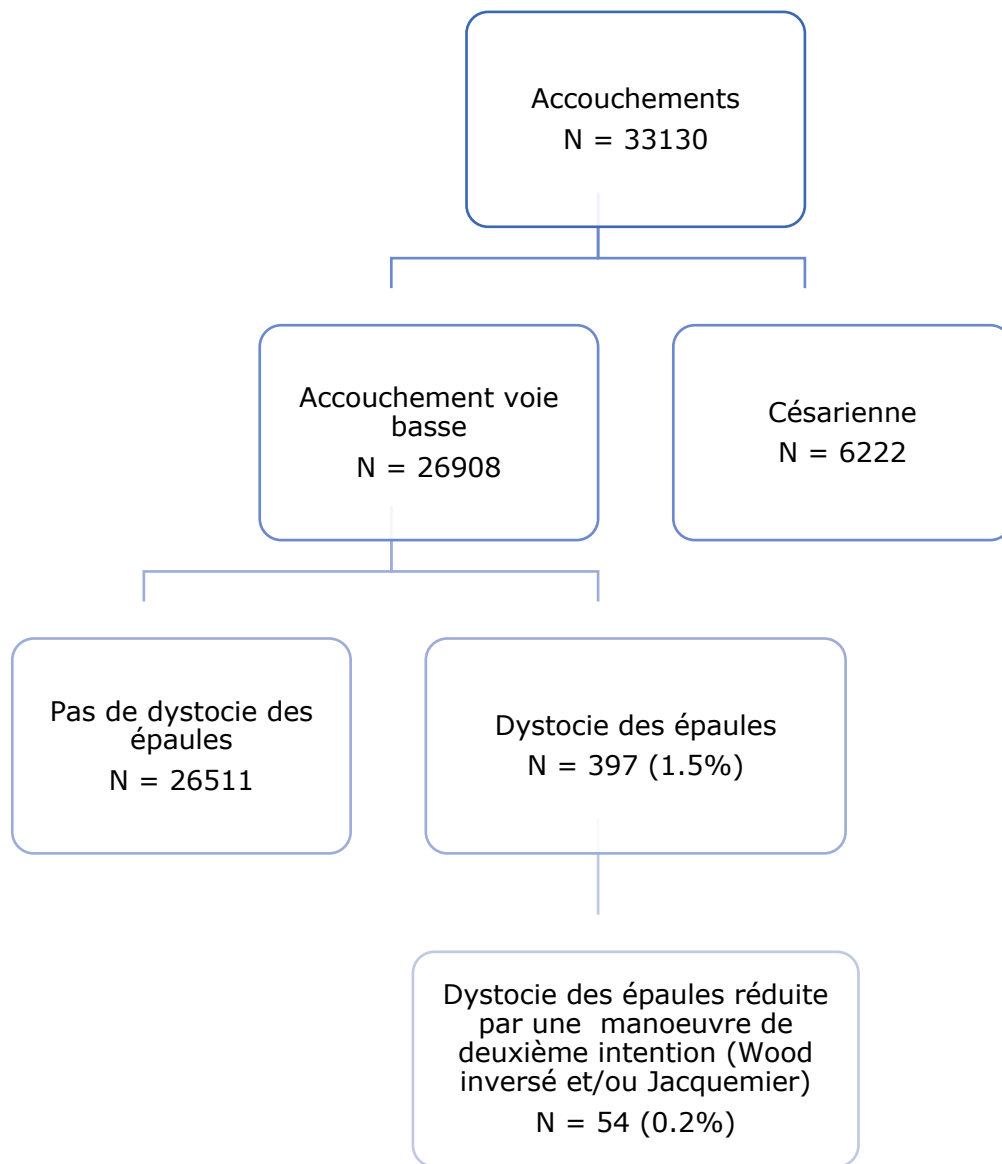


Figure 1 : Diagramme de flux de l'étude « État des lieux de la retranscription de la dystocie des épaules six ans après les recommandations du CNGOF » au CHU d'Angers du 01/01/2007 au 31/07/2015.

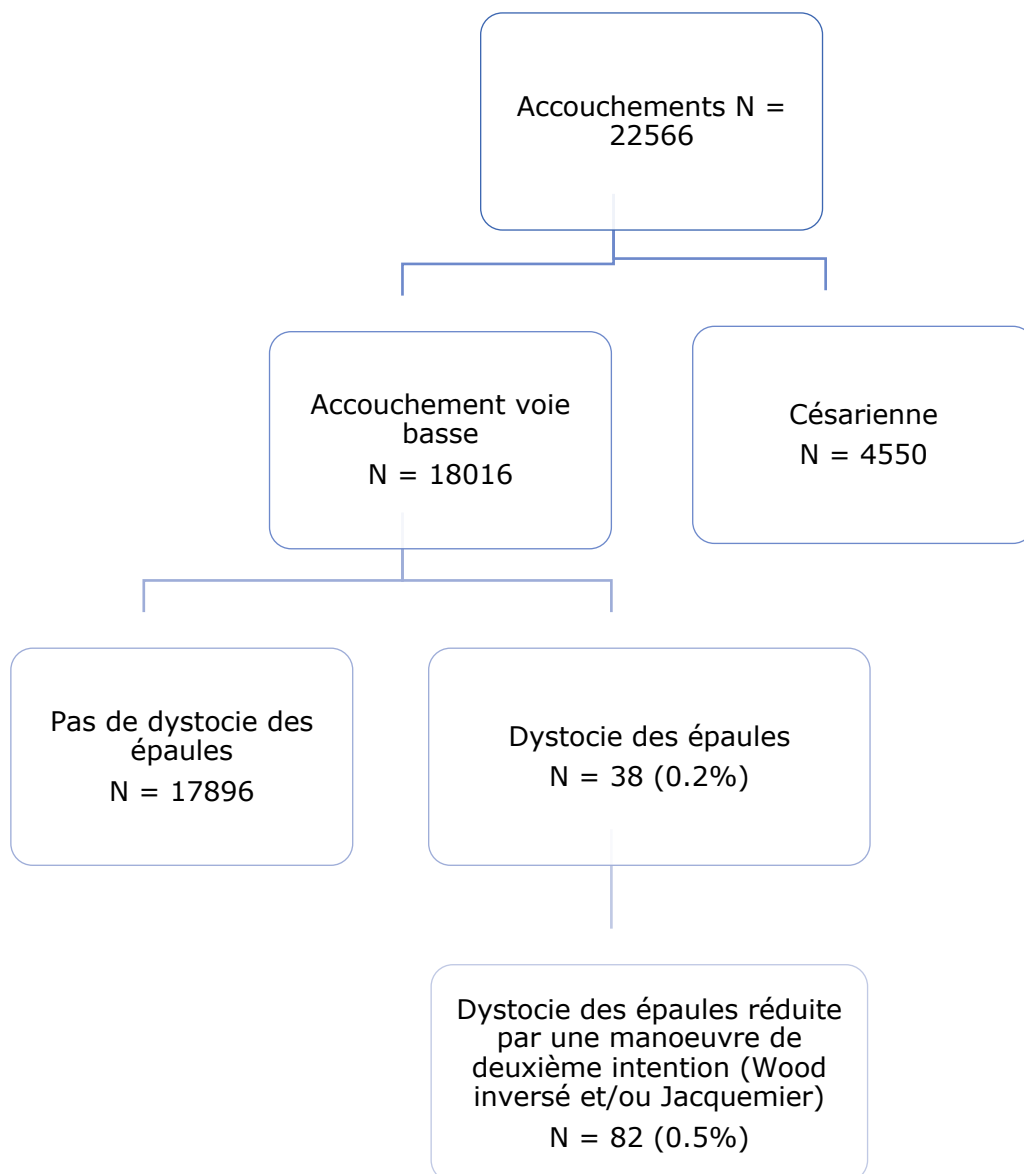


Figure II : Diagramme de flux de l'étude « État des lieux de la retranscription de la dystocie des épaules six ans après les recommandations du CNGOF » au CHU d'Angers du 01/08/2015 au 31/05/2021.

4. **CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ETUDIEE**

Sur la période dite avant, 54 dossiers de dystocie des épaules avec une manœuvre de deuxième intention ont été inclus, ce qui correspond à 0.2% des accouchements voie basse sur la période étudiée.

Concernant la période dite après, 82 dossiers de dystocie des épaules avec une manœuvre de deuxième intention ont été inclus, ce qui correspond à 0.5% des accouchements voie basse sur la période étudiée.

4.1 Caractéristiques générales

Les populations étaient comparables sur l'ensemble des caractéristiques étudiées. L'âge moyen de la population avant était de 29 ± 5 , pour la population après il est similaire à 29 ± 5.5 .

Il n'y avait pas de différence significative concernant le diabète gestationnel sur les deux périodes (12.7% en 2015 contre 20.7% en 2021 ; $p = 0.184$).

La population dite avant avait un taux d'expulsion spontanée plus élevé (83.3% en 2015 contre 65.8% en 2021 ; $p = 0.007$).

Les caractéristiques maternelles et de l'accouchement sont détaillées dans le Tableau I.

Tableau I : Caractéristiques maternelles et de l'accouchement de l'étude « État des lieux de la retranscription de la dystocie des épaules six ans après les recommandations du CNGOF ».

	Effectif avant (n= 54) n (%)	Effectif après (n = 82) n (%)	p-value
Age (années) moyenne \pmDS	29 \pm 5	29 \pm 5.5	0.474
médiane [min-max]	29 [18-40]	29 [19-43]	
≥ 35 ans	9 (16.7)	16 (19.5)	
Nullipare	16 (29.6)	24 (29.3)	0.464
Parité 1	21 (38.9)	26 (31.7)	
Parité ≥ 2	17 (31.5)	32 (39)	
Indice de masse corporelle (moyenne\pmDS)	26 \pm 6	26 \pm 5.8	0.449
(médiane [min-max])	24 [17-48]	24.5 [19-41]	
Antécédent de dystocie des épaules	0 (0)	2 (2.4)	NC
Diabète gestationnel	7 (12.7)	17 (20.7)	0.184
Terme d'accouchement (semaines d'aménorrhées)	40.32 \pm 0.99	39.87 \pm 1.44	0.026
Expulsion spontanée	45 (83.3)	54 (65.8)	0.007
Extraction instrumentale	11 (20.4)	28 (34.1)	0.066
Forceps	1 (1.8)	2 (2.4)	
Spatules	7 (13)	12 (14.6)	
Ventouse	3 (1.9)	14 (17)	
Manœuvre réalisée			0.100
Wood	16 (29.7)	15 (18.3)	
Jacquemier	28 (51.8)	54 (65.8)	
Wood+Jacquemier	10 (18.5)	13 (15.8)	
Autres manœuvres réalisée			0.054
Aucune	8 (14.9)	5 (6)	
Pression sus-pubienne seule	1 (1.8)	2 (2.4)	
Mac Roberts seul	6 (11.1)	15 (18.3)	

Pression sus-pubienne + Mac Roberts	39 (72.2)	57 (69.5)	
Manœuvre de Couder	0 (0)	3 (3.6)	
Episiotomie	21 (38.9)	21 (25.6)	0.063
Complications périnéales n=23 et n= 36			0.390
Déchirure simple	20 (37)	34 (41.4)	
Périnée complet non compliqué	3 (5.6)	2 (2.4)	
Périnée complet compliqué	0 (0)	0 (0)	
Hémorragie de la délivrance	15 (27.8)	15 (18.3)	0.153

4.2 Caractéristiques néonatales

Les poids de naissance de nos deux populations étaient similaires ($3954\text{g} \pm 431$ en 2015 contre $3855\text{g} \pm 362$ en 2021 ; $p=0.168$). Il n'y avait pas de différence significative concernant le taux de macrosomie (40.7% en 2015 contre 32.9% en 2021 ; $p = 1$).

Il n'y avait également pas de différences significatives sur le taux de fractures de clavicule (0% en 2015 contre 1.2% en 2021 ; $p = \text{NC}$) ni sur le taux de transferts en néonatalogie (0% en 2015 contre 2.4% en 2021 ; $p = \text{NC}$).

Les caractéristiques de la population néonatale sont détaillées dans le tableau II.

Tableau II : Caractéristiques néonatales dans l'étude « État des lieux de la retranscription de la dystocie des épaules six ans après les recommandations du CNGOF ».

	Effectif avant (n = 54) n (%)	Effectif après (n = 82) n (%)	p-value
Sexe masculin	31 (57.4)	48 (58.5)	0.988
féminin	23 (42.6)	34 (41.5)	
Poids de naissance (grammes)	3954 ± 431	3855 ± 362	0.168
≥4000g	22 (40.7)	27 (32.9)	1
Apgar à 1 min (médiane)	9 [1-10]	7 [1-10]	
à 5 min	10 [5-10]	10 [5-10]	
pH à la naissance n=48 et n=78 (moyenne±DS)	7.23 ± 0.08	7.23 ± 0.09	0.858
(médiane [min-max])	3.9 [7.01-7.38]	7.24 [7.02-7.41]	
Lactates à la naissance n=42 et n=77 (moyenne±DS)	4.5 ± 2	4.08 ± 2	0.312
(médiane [min-max])	3.9 [1.6-10.5]	3.8 [1.6-11.6]	
Fracture de la clavicule	0 (0)	1 (1.2)	NC
Transfert en néonatalogie	0 (0)	2 (2.4)	NC

4.3 Caractéristiques de la retranscription de la dystocie des épaules

Il n'y avait pas de différence significative concernant le critère de jugement principal, les dossiers obstétricaux ont été considérés complets dans 1.8% des cas pour la première période, par rapport à 2.4% des cas pour la seconde période ($p = 1$). Notamment à cause du temps entre l'expulsion de la tête et du corps fœtal, qui n'a pas été mieux décrit en 2021 (1.8% en 2015 contre 2.4% en 2021 ; $p = 1$).

Cependant, le côté droit ou gauche de l'épaule antérieure qui fait également partie du critère de jugement principal, a été mieux noté pour la période après (16.7% des cas en 2015 contre 51.2% des cas en 2021 ; $p = <0.001$).

Les critères de jugement secondaires étaient mieux retranscrits en 2021 ($p < 0.001$), sauf l'information donnée aux parents sur la situation (5.6% en 2015 vs 4.9% en 2021 ; $p = 0.999$) et le temps entre l'expulsion de la tête et du corps fœtal.

Concernant le personnel présent à l'accouchement, les sages-femmes avaient appelé l'interne et le senior de manière plus significative sur la seconde période (14.8% en 2015 vs 43.9% en 2021 ; $p < 0.01$).

Les caractéristiques de la retranscription de la dystocie des épaules sont détaillées dans le tableau III.

Tableau III : Caractéristiques de la dystocie des épaules de l'étude « État des lieux de la retranscription de la dystocie des épaules six ans après les recommandations du CNGOF ».

		Effectif avant (n = 54) n (%)	Effectif après (n=82) n (%)	p-value
Personnel présent à l'accouchement	Sage-femme seule	37 (68.6)	29 (35.4)	<0.001
	Sage-femme + Interne	7 (12.9)	4 (4.9)	
	Sage-femme + Senior	2 (3.7)	13 (15.8)	
	Sage-femme + Interne et Senior	8 (14.8)	36 (43.9)	
Personnel remplissant le dossier	Sage-femme	39 (72.2)	34 (41.5)	<0.001
	Interne	6 (11.1)	12 (14.6)	
	Senior	9 (16.7)	36 (43.9)	
Type d'expulsion spontanée ou instrumentale	Noté	54 (100)	82 (100)	NC
Appel de l'anesthésiste	Noté	0 (0)	64 (78)	<0.001
Appel du pédiatre	Noté	16 (29.7)	49 (59.8)	<0.001
Heure du diagnostic	Noté	3 (5.6)	53 (64.6)	<0.001

Heure d'accouchement	Noté	54 (100)	82 (100)	NC
Nom et ordre des manœuvres réalisées	Noté	54 (100)	82 (100)	NC
Coté de l'épaule antérieure	Décrit	9 (16.7)	42 (51.2)	<0.001
Main introduite	Décrit	9 (16.7)	42 (51.2)	<0.001
Main tractée	Décrit	15 (27.8)	56 (68.3)	<0.001
Rotation	Décrit	17 (31.5)	38 (46.3)	0.045
Temps entre l'expulsion de la tête et du corps	Noté	1 (1.8)	2 (2.4)	1
Information donnée aux parents sur la dystocie des épaules	Noté	3 (5.6)	4 (4.9)	0.999

DISCUSSION

L'objectif principal de cette étude était de comparer la conformité de retranscription de la dystocie des épaules dans les dossiers obstétricaux depuis la publication des recommandations du CNGOF en 2015. L'analyse statistique des données recueillies ne nous permet pas de confirmer une amélioration de cette retranscription puisque notre critère de jugement principal n'est pas amélioré en 2021, notamment en raison du temps entre l'expulsion de la tête et du corps fœtal qui n'est pas mieux décrit (1.8% en 2015 vs 2.4% en 2021 ; $p = 1$).

Cependant, les critères de jugement secondaires ont été mieux retranscrits en 2021, seulement deux caractéristiques de la dystocie ne sont pas mieux retranscrites (temps entre l'expulsion de la tête et du corps, et information donnée aux parents). Même si la plupart des critères sont mieux retranscrits dans les dossiers lors de la période après, ils ne sont pas retranscrits à 100% des cas ; les informations devant au mieux figurer dans le compte-rendu de l'accouchement sont détaillées en annexe (annexe 1).

Le taux de dystocie des épaules observé dans cette étude est similaire sur les deux périodes et en accord avec les résultats de la littérature, il était de 0.2% en 2015 contre 0.5% en 2021. En France, la fréquence de survenue de la dystocie des épaules varie entre 0.1 et 2%. (7)

Outre les caractéristiques de la dystocie des épaules, différents facteurs de risques peuvent influencer sur la survenue de la dystocie des épaules dans la littérature. En effet, le risque de dystocie des épaules est multiplié par 4 chez les patientes diabétiques. Le diabète et l'obésité maternelle augmentent le risque de dystocie des épaules, probablement par la macrosomie induite (8). Ceci est en lien avec cette étude, puisque notre taux d'obésité est de 22% en 2015 contre 28% en 2021 avec un taux de diabète gestationnel de 12.7% en 2015 contre 20.7% en 2021, nos patientes avaient donc des facteurs de risque. Ces différents facteurs ne permettent cependant pas de prédire avec fiabilité une dystocie des épaules.

En effet, 50 à 75% de dystocie des épaules ne présentent pas de facteurs de risque, mais leur présence permet aux professionnels de santé d'être encore plus vigilants quant au risque de dystocie des épaules à l'accouchement (8)(9).

Comme dit précédemment, le taux d'obésité de cette étude est important, il est supérieur aux données de la littérature, qui est aux alentours de 12% (10). Dans la région Pays de la Loire, seulement 8% des personnes présentent une obésité (11), nous avons donc observé plus de patientes obèses dans cette étude, et donc plus à risque de dystocie des épaules.

De plus, certaines études associent l'âge avancé de la mère et la multiparité à un risque augmenté de dystocie des épaules (12). Cette étude possède une faible moyenne d'âge maternel. Concernant la parité, 70.4% des patientes sont multipares pour la période avant et 70.7% pour la période après. Ces facteurs ne sont donc pas réellement prédictibles d'une dystocie des épaules puisque l'âge des patientes reste moyennement jeune dans cette étude.

Le nombre d'accouchements instrumentaux est similaire par rapport aux données de littérature qui elles, varient entre 21% et 47%, (13) mais moindres par rapport à d'autres études allant jusqu'à 80% d'extractions instrumentales pour certaines (14). En effet, selon Dildy et al le risque de dystocie des épaules est supérieur à 3 en cas d'extraction instrumentale (13).

Dans la recommandation des pratiques cliniques du CNGOF, il est mentionné que les circonstances de l'accouchement doivent être expliquées à la patiente et son conjoint après l'accouchement et cette information doit être renouvelée lors du séjour en suites de couches (1). En effet, la dystocie des épaules représente la deuxième cause la plus fréquente des plaintes déposées en obstétrique après l'asphyxie fœtale (15). Le taux d'information donné aux parents ne s'est pas amélioré après les recommandations pour la pratique clinique du CNGOF (5.6% en 2015 contre 4.9% en 2021 ; $p = 0.999$). Cette information devrait pourtant figurer dans chaque cas de dystocie des épaules. Ceci constitue une piste d'amélioration pour la retranscription de la dystocie des épaules au CHU d'Angers.

Forces et limites :

L'atout principal de cette étude concerne le fait que l'état des lieux de la retranscription de la dystocie des épaules au CHU d'Angers, a été fait de 2007 à 2021. Cela nous a permis d'étudier un effectif conséquent. De plus, notre recueil de données s'est fait dans une maternité de type III, une maternité offrant une prise en charge de toutes les grossesses pathologiques, pouvant donc être plus à risque de dystocie des épaules.

Une des limites de cette étude concerne le fait que l'étude soit unicentrique, elle ne nous permet pas de faire un état des lieux global de la retranscription de la dystocie des épaules dans les dossiers obstétricaux au niveau régional. Il existe une autre limite à cette étude puisque son recueil est rétrospectif. En effet, les données sont retranscrites dans le dossier obstétrical à posteriori de l'urgence, elles seront moins bien retranscrites si le professionnel de santé n'a pas demandé une aide pour retranscrire chaque étape lors de la dystocie des épaules.

Cette étude a également permis d'envisager deux pistes d'amélioration pour garantir la qualité de la prise en charge des patientes. Nous savons que le dossier médical contribue à l'efficacité et à la sécurité des soins (16), c'est pourquoi insérer dans les dossiers obstétricaux une liste standardisée de chaque critère à remplir lors de chaque dystocie des épaules permettrait aux professionnels de santé (sages-femmes et gynécologue-obstétriciens) de n'oublier aucun critère lors de leur retranscription.

Toujours dans l'objectif d'améliorer la prise en charge des parturientes, la mise en place d'une check-list en salles de naissances (SDN) permettrait une meilleure documentation dans les dossiers obstétricaux. La check-list est couramment utilisée dans d'autres situations obstétricales comme l'hémorragie de la délivrance ou la réanimation néonatale. Une étude de type avant-après a comparé la retranscription de la dystocie des épaules dans les dossiers obstétricaux avec l'utilisation d'une check-list (avant) ou non (après) ; elle démontre une amélioration de l'exhaustivité des informations après mise en place de la check-list : l'intervalle de temps entre l'expulsion de la tête et du corps fœtal ainsi que le côté de l'épaule antérieure sont mieux notés (22 contre 84% ; $p < 0.01$ et 48 contre 96% ; $p < 0.01$ respectivement) (17).

Une seconde étude sur l'intérêt de la check-list dans la prise en charge de la dystocie des épaules a également été réalisée au CHU d'Angers, de type cas (avec check-list) témoin (sans check-list), elle met en évidence le fait que l'appel à l'aide de l'obstétricien, de l'anesthésiste et du pédiatre était plus fréquent dans le groupe avec check-list, également que l'algorithme de prise en charge a été respecté dans 47.6% des cas dans le groupe check-list par rapport à 0% dans le groupe sans (18).

CONCLUSION

Pour conclure, la dystocie des épaules reste une complication de l'accouchement imprévisible dont les conséquences maternelles et fœtales peuvent être sévères. Dans cette étude, nous constatons que le critère de jugement principal ne s'est pas amélioré depuis la recommandation des pratiques cliniques du CNGOF en 2015.

Cependant, lorsque les critères de retranscription sont étudiés individuellement, nous voyons une amélioration de leur retranscription, sauf pour l'information donnée aux parents sur la situation ainsi que le temps entre l'expulsion de la tête et du corps fœtal.

La traçabilité d'une telle urgence obstétricale doit être détaillée et complète au vu des conséquences qui peuvent en suivre ; c'est pourquoi, la création d'une liste standardisée à remplir à chaque dystocie des épaules dans les dossiers obstétricaux constitue un axe d'amélioration qui mérite d'être envisagé.

ANNEXES

ANNEXE 1 : CARACTERISTIQUES DEVANT FIGURER DANS LE COMPTE RENDU D'ACCOUCHEMENT PAR LE CNGOF EN CAS DE DYSTOCIE DES EPAULES

Les informations devant au mieux figurer dans le compte rendu de l'accouchement sont : le ou les noms des praticiens (sages-femmes et médecins) ayant réalisé l'accouchement et les manœuvres, le côté du dos fœtal ou le côté de l'épaule antérieure, la description précise de toutes les manœuvres réalisées (plutôt que seulement le nom de la manœuvre réalisée), le recours à une épisiotomie, l'appel de l'anesthésiste et du pédiatre, le score d'Apgar, le résultat de la gazométrie au cordon réalisée à la naissance et l'examen pédiatrique (accord professionnel).

BIBLIOGRAPHIE

1. CNGOF Pratiques cliniques recommandations pratique clinique dystocie des épaules apercu.pdf . [cité 2 avr 2022]. Disponible sur: <http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique/apercu?path=RPC%2BCOLLEGE%252F2015%252F2015-RPC-DYSTOCIE-EPAULES.pdf&i=21928>
2. Dajani NK, Magann EF. Complications of shoulder dystocia. Semin Perinatol. juin 2014;38(4):201-4.
3. Bingham J, Chauhan SP, Hayes E, Gherman R, Lewis D. Recurrent shoulder dystocia: a review. Obstet Gynecol Surv. mars 2010;65(3):183-8.
4. Deering S, Poggi S, Hodor J, Macedonia C, Satin AJ. Evaluation of residents' delivery notes after a simulated shoulder dystocia. Obstet Gynecol. oct 2004;104(4):667-70.
5. Goffman D, Heo H, Chazotte C, Merkatz IR, Bernstein PS. Using simulation training to improve shoulder dystocia documentation. Obstet Gynecol. déc 2008;112(6):1284-7.
6. Martin E, Bouet P-E, Sentilhes L, Legendre G. [Shoulder dystocia: Quality of retranscription in medical files]. Gynecol Obstet Fertil. mars 2016;44(3):151-5.
7. Bannour A. La dystocie des épaules: description de la prise en charge à Port Royal entre 2006 et 2012 et comparaison avec deux études antérieures réalisées entre 1993 et 1998, puis entre 2000 et 2004. :79.
8. Faurant MC, Legendre G, Dreux C, Gillard P, Madzou S, Descamps P. Dystocia of shoulders: guidelines for clinical practice from the French College of Gynaecologists and Obstetricians. :2.
9. Sentilhes L, Sénat M-V, Boulogne A-I, Deneux-Tharaux C, Fuchs F, Legendre G, et al. [Shoulder dystocia: Guidelines for clinical practice--Short text]. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). déc 2015;44(10):1303-10.
10. Bugeon É. Dystocie des épaules. `` La connaissance s'acquiert par l'expérience, tout le reste n'est que de l'information. `` Albert Einstein. :86.
11. 2017_etatsantepdl_diabetesurpoids.pdf [Internet]. [cité 17 avr 2022]. Disponible sur:

https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/2017_PDF/2017_etatsantepdl_diabetesurpoids.pdf

12. Dystocie vraie des épaules document.pdf. [cité 6 avr 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01382726/document>
13. Bannour A. La dystocie des épaules: description de la prise en charge à Port Royal entre 2006 et 2012 et comparaison avec deux études antérieures réalisées entre 1993 et 1998, puis entre 2000 et 2004. :79.
14. La dystocie vraie des épaules 09-09-02.pdf. [cité 1 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.chu-besancon.fr/smfc/200909pdf/09-09-02.pdf>
15. Theissen A, Fuz F, Carbonne B, Bonnet L, Rouquette-Vincenti I, Niccolai P, et al. [Closed claims in obstetrics: A study based on French Sham insurance data]. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). janv 2016;45(1):54-61.
16. dossier_du_patient__fascicule_1_reglementation_et_recommandations_-_2003.pdf [Internet]. [cité 19 avr 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-08/dossier_du_patient_-_fascicule_1_reglementation_et_recommandations_-_2003.pdf
17. Deering SH, Tobler K, Cypher R. Improvement in documentation using an electronic checklist for shoulder dystocia deliveries. Obstet Gynecol. juill 2010;116(1):63-6.
18. Verhaeghe C, Bouet PE, Gillard P, Descamps P, Legendre G. 435: Interest of a checklist in the management of shoulder dystocia. Am J Obstet Gynecol. 1 janv 2020;222(1, Supplement):S285-6.

TABLE DES TABLEAUX

Tableau I : Caractéristiques maternelles et de l'accouchement de l'étude « État des lieux de la retranscription de la dystocie des épaules six ans après les recommandations du CNGOF »..... 13

Tableau II : Caractéristiques néonatales dans l'étude « État des lieux de la retranscription de la dystocie des épaules six ans après les recommandations du CNGOF ». 14

Tableau III : Caractéristiques de la dystocie des épaules de l'étude « État des lieux de la retranscription de la dystocie des épaules six ans après les recommandations du CNGOF ». 15

TABLE DES FIGURES

Figure I : Diagramme de flux de l'étude « État des lieux de la retranscription de la dystocie des épaules six ans après les recommandations du CNGOF » au CHU d'Angers du 01/01/2007 au 31/07/2015.	11
Figure II : Diagramme de flux de l'étude « État des lieux de la retranscription de la dystocie des épaules six ans après les recommandations du CNGOF » au CHU d'Angers du 01/08/2015 au 31/05/2021.	12

TABLE DES MATIERES

Avertissement.....	2
Engagement de non plagiat	3
Remerciements	4
Liste des abréviations	5
Sommaire	6
Introduction.....	7
Matériels et méthodes.....	8
1. Matériels.....	8
1.1 Schéma d'étude	8
1.2 Populations source et cible	8
1.3 Critères d'inclusion et d'exclusion	8
2. Méthodes	8
2.1 Sélection des dossiers obstétricaux.....	8
2.2 Recueil de données.....	9
2.3 Critère de jugement principal.....	10
2.4 Critères de jugement secondaires.....	10
2.5 Analyse des données	10
Résultats	11
3. Flow chart.....	11
4. Caractéristiques de la population étudiée	12
4.1 Caractéristiques générales.....	13
4.2 Caractéristiques néonatales	14
4.3 Caractéristiques de la retranscription de la dystocie des épaules	15
Discussion	17
Conclusion.....	19
Annexes.....	20
Annexe 1 : Caractéristiques devant figurer dans le compte rendu d'accouchement par le CNGOF en cas de dystocie des épaules.....	20
Bibliographie.....	21
Table des tableaux	23
Table des figures.....	24
Table des matières	25
Abstract	26
Résumé.....	26

RESUME

Contexte : Les recommandations du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens de France pour la pratique clinique concernant la dystocie des épaules ont été publiées en 2015, elles donnent une définition claire et la conduite à tenir précise en cas de dystocie des épaules.

L'objectif principal de cette étude était de comparer la conformité de retranscription de la dystocie des épaules par rapport à l'étude menée en 2015, sur le même sujet.

Matériel et méthodes : Une étude observationnelle, rétrospective, quantitative, sous forme d'avant/après et unicentrique a été réalisée au CHU d'Angers. La période dite avant est définie du 01/01/2007 au 31/07/2015 puis la période après du 01/08/2015 au 31/05/2021. Les données ont été recueillies à partir des dossiers obstétricaux.

Résultats : 54 patientes ont été incluses dans l'étude pour la période avant et 82 patientes ont été inclus pour la période après. La retranscription de la dystocie des épaules dans les dossiers obstétricaux est améliorée sur la période dite après ($p < 0.001$), seulement deux caractéristiques ne sont pas améliorées.

Conclusion : Les complications maternelles et fœtales de la dystocie des épaules peuvent être sévères et avoir des conséquences, c'est pourquoi il est important de retranscrire dans le dossier ce qui est mentionné par les recommandations pour la pratique clinique du CNGOF depuis 2015.

Mots-clefs : Dystocie des épaules, retranscription, recommandations

ABSTRACT

Background: The recommendations of the Collège National des Gynécologues et Obstétriciens de France for clinical practice regarding shoulder dystocia were published in 2015, they give a clear definition and the precise course of action in case of shoulder dystocia.

The main objective of this study was to compare the compliance of transcription of shoulder dystocia with the study conducted in 2015, on the same subject.

Material and methods: An observational, retrospective, quantitative, before-and-after, single-center study was performed at the University Hospital of Angers. The before period was defined from 01/01/2007 to 31/07/2015 and the after period from 01/08/2015 to 31/05/2021. Data were collected from obstetrical records.

Results: 54 patients were included in the study for the period before and 82 patients were included for the period after. The transcription of shoulder dystocia in the obstetric records is improved in the so-called after period ($p < 0.001$), only two characteristics are not improved.

Conclusion: The maternal and fetal complications of shoulder dystocia can be severe and have consequences, therefore it is important to transcribe in the record what is mentioned by the recommendations for clinical practice of the CNGOF since 2015.

Keywords : Shoulder dystocia, transcription, recommendations