

*COLLÈGE NATIONAL
DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS FRANÇAIS
Président : Professeur B. Hédon*

Cinquième partie
**Expertises en
gynécologie-obstétrique**



*38^{es} JOURNÉES NATIONALES
Paris, 2014*

Organisation de la prise en charge des hémorragies du post-partum (HPP). Analyse expertale : anesthésie-réanimation

E. LOPARD
(Paris, La Défense)

Résumé

Depuis la publication des recommandations de 2004, le traitement de l'hémorragie du post-partum (HPP) est parfaitement codifié et semble aujourd'hui universellement appliqué, aboutissant à une réduction notable de la mortalité par hémorragie, ce que semble confirmer la récente enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles 2007-2009. Cependant, le groupe des décès par hémorragie comporte la plus grande proportion de « soins non optimaux » et la part la plus importante de décès jugés comme évitables (83,9 %) et ses facteurs explicatifs sont identiques à ceux de la période 1998-2000 : retard de prise en charge et traitements inadaptés par rapport aux recommandations.

Ces manquements sont globalement les mêmes que ceux qui sont reprochés par les experts judiciaires. Les recommandations de 2004 constituent à ce jour la base médico-légale sur laquelle les experts judiciaires s'appuient pour apprécier prospectivement

Anesthésiste-réanimateur - Médecin conseil d'assurances - Maternité Notre-Dame de Bon Secours - Hôpital Paris-Saint Joseph - 185 rue Raymond Losserand - 75014 Paris
Groupe MACSF - Le Sou Médical - 10 cours du Triangle de l'Arche - TSA 40100 - 92919 La Défense cedex

Correspondance : eric.lopard@gmail.com

la qualité de la prise en charge et donc estimer les éventuelles responsabilités, en se référant « aux données acquises de la science à l'époque des faits litigieux ». Une mise à jour officielle des recommandations de 2004 est prévue fin 2014.

Les contentieux touchant des spécialités comme l'obstétrique, l'anesthésie obstétricale ou la pédiatrie néonatale sont plus volontiers portés devant des instances répressives (pénale, ordinale), mettant en cause la responsabilité personnelle des soignants, que devant des instances strictement indemnitaires (tribunal de grande instance (TGI), commission de conciliation et d'indemnisation (CCI)).

Le plus souvent, les manquements repérés sont multiples et concernent l'ensemble des « professionnels de la naissance ». Les responsabilités sont fréquemment intriquées et sont généralement établies sous forme d'une « fraction de perte de chance » de survie ou de la probabilité d'échapper aux complications survenues, les condamnations pénales étant heureusement rares.

Le plus souvent, les responsabilités vont alors être « ventilées » par les juges sur l'ensemble des membres de l'équipe obstétricale, sages-femmes, obstétriciens, anesthésistes-réanimateurs, voire infirmiers.

Mots clés : HPP, recommandations, mortalité maternelle et MMAS, contentieux, responsabilité

Déclaration publique d'intérêt

Médecin conseil salarié du groupe d'assurances mutuelles MACSF - Le Sou Médical.

INTRODUCTION

Les contentieux en rapport avec l'activité obstétricale des 4 772 médecins anesthésistes-réanimateurs assurés par le groupe MACSF - Sou Médical sont relativement rares mais leur mise en cause « connexe » dans des contentieux où la gestion des HPP est examinée ne l'est pas [1]. C'est en effet l'ensemble des participants à la prise en charge des patientes (sages-femmes, obstétriciens, anesthésistes-

réanimateurs, infirmiers...) qui aura à répondre aux questions des experts désignés par un juge ou une CCI.

Il apparaît que les contentieux touchant des spécialités comme l'obstétrique, l'anesthésie obstétricale ou la pédiatrie néonatale, très fréquemment « passionnels », sont plus volontiers portés devant des instances répressives (pénale, ordinale) mettant en cause la responsabilité personnelle des soignants, que devant des instances strictement indemnitaires (TGI, CCI). La mise en cause de la responsabilité globale de « l'équipe obstétricale » ne s'applique qu'en cas d'exercice professionnel au sein d'une structure hospitalière publique (ou équivalent). En 2012, le taux global de condamnation des professionnels de santé a atteint 60 %. Il a doublé en 30 ans [1].

I. LES ÉLÉMENTS DE RÉDUCTION DES RISQUES

Les textes réglementaires sur le suivi clinique et biologique des femmes enceintes, sur l'accès aux produits sanguins labiles dans les maternités françaises, le décret dit « anesthésie » de 1994 et les décrets périnatalité de 1998 [2-5] ont eu pour objectif d'augmenter la sécurité des parturientes et de diminuer la morbi-mortalité maternelle et fœtale. Il est probable que ces obligations ont contribué à réduire globalement les risques obstétricaux. Dans l'immense majorité des contentieux obstétricaux, on retrouve souvent en fin de parcours des « manquements individuels », pas forcément déterminants, mais sur lesquels les barrières de sécurité mises en place par les sociétés savantes, les instances ou le législateur n'ont que peu de prise [6].

II. CRITÈRES D'ÉVALUATION MÉDICO-LÉGALE

Concernant spécifiquement la prévention et le traitement des HPP, les recommandations de 2004 [7] constituent la base médico-légale sur laquelle les experts judiciaires vont s'appuyer pour apprécier prospectivement la qualité de la prise en charge et donc estimer les éventuelles responsabilités en se référant « aux données acquises de la science à l'époque des faits litigieux ».

Les étiologies les plus fréquentes des HPP sont la rétention placentaire, l'atonie utérine (éventuellement favorisée par l'utilisation excessive d'ocytociques) et les plaies cervico-vaginales. Même si une grande proportion d'HPP est imprévisible, certaines causes peuvent parfois être anticipées (utérus cicatriciel, grossesses multiples, antécédent d'HPP, anomalie de la placentation, pathologie maternelle hémorragique...).

Depuis 2004, le traitement de l'HPP est donc parfaitement codifié et semble aujourd'hui universellement appliqué. Le point majeur est la nécessité d'une approche multidisciplinaire de la prise en charge d'une HPP qui doit être écrite sous forme d'une procédure opérationnelle, le but étant d'agir vite et de prévenir les oublis et/ou les divergences qui sont souvent fréquents dans cette situation stressante [8].

La récente enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles 2007-2009 [9] qui compare plusieurs périodes ne confirme pas clairement cette impression en plaçant de nouveau la France dans la moyenne des pays européens en ce qui concerne cette complication. Toutes causes confondues, les données générales les plus significatives de ce rapport sont que 40 % des décès touchent des femmes de plus de 35 ans, que les grossesses multiples multiplient le risque par au moins 3, les autres facteurs de risque concernant les grossesses obtenues par procréation médicalement assistée (PMA), l'obésité et l'origine ethnique.

En ce qui concerne spécifiquement les HPP, il existe une tendance forte à une diminution de la fréquence des décès par HPP : le pourcentage des hémorragies du post-partum a diminué de moitié depuis le dernier rapport : 8 % (1,9/100 000) contre 16 % (2,5/100 000) en 2004-2006. L'incidence des HPP par atonie utérine a été divisée par 2. Il est donc permis de penser que ce progrès soit le fruit de l'appropriation par les équipes obstétricales des recommandations de 2004.

III. IMPACT MÉDICO-LÉGAL DES ENQUÊTES NATIONALES

Outre l'analyse médicale et étiologique des causes directes ou indirectes des décès, les médecins « experts » du Comité national d'experts sur la mortalité maternelle (CNEMM) émettent un jugement sur l'adéquation des soins et il est possible que ces avis aient une

influence sur les experts judiciaires : la proportion de « soins non optimaux » reste importante et varie selon la pathologie causale. Les soins ont été jugés « non optimaux », c'est-à-dire non conformes aux recommandations de pratiques et aux connaissances actuelles, pour 60 % des décès expertisés contre 72 % entre 1998 et 2000, ce qui représente cependant une baisse significative. Les causes directes sont jugées évitables dans 57,3 % des cas, ce chiffre étant sans changement significatif par rapport à la période 1998-2000.

Les décès par hémorragie présentent la plus grande proportion de « soins non optimaux » (81 %), le groupe des hémorragies étant celui qui présente la part la plus importante de décès jugés comme évitables (83,9 %).

Parmi les décès maternels comportant des « soins non optimaux », le comportement obstétrical est critiqué dans 73 % des cas et le comportement anesthésique et/ou réanimatoire dans 57 %.

Les facteurs explicatifs sont connus et identiques à ceux de la période 1998-2000 : retard de prise en charge et traitements inadaptés par rapport aux recommandations (défaut d'anticipation, défaut diagnostique, sous-estimation de la gravité de la situation, défaut de surveillance, absence de communication entre l'obstétricien et l'anesthésiste, défaut de stratégie, réanimation insuffisante, gestes d'hémostase inadaptés ou inefficaces, etc.).

Ces manquements sont peu ou prou les mêmes que ceux qui sont reprochés par les experts judiciaires. La plupart du temps, les manquements repérés sont multiples et concernent l'ensemble des « professionnels de la naissance ».

IV. LA MORBIDITÉ MATERNELLE AIGUË SÉVÈRE (MMAS)

La réduction de la MMAS, incluant l'amélioration du pronostic d'éventuelles séquelles, en particulier cardiaques, rénales et neurologiques, doit également être au cœur de nos préoccupations. De plus, certaines séquelles maternelles graves ont un impact financier considérable pour les assureurs.

Environ une femme sur 100 à 1 000 aura des complications pendant ou au décours de sa grossesse nécessitant une hospitalisation en réanimation, les 2 principaux motifs de transfert en réanimation étant la prééclampsie et ses complications et l'HPP. Il existe peu de données fiables sur ce sujet majeur, même si l'on sait que le terrain

obstétrical est plutôt favorable, avec un devenir favorable à court terme des patientes transférées en réanimation. Une enquête nationale (EPIMOMS : épidémiologie de la morbidité maternelle sévère) est en cours sur le sujet et devrait nous éclairer sur ce point [10, 11].

Il est possible que dans l'avenir, priver les patientes de cette prise en charge « optimale » pourrait être considéré comme fautif (défaut de moyens).

En pratique et d'un point de vue médico-légal, les responsabilités qui sont donc fréquemment intriquées sont généralement établies sous forme d'une **fraction plus ou moins importante de « perte de chance »** (de survie ou de la probabilité d'échapper aux complications survenues) et les condamnations pénales, qui requièrent d'autres critères, sont heureusement rares. Les responsabilités vont le plus souvent être « ventilées » sur certains des membres de l'équipe obstétricale, sages-femmes, obstétriciens, anesthésistes-réanimateurs, voire infirmiers.

CONCLUSION

Vers de nouveaux critères d'évaluation médico-légale des dossiers d'HPP ?

Une mise à jour officielle des recommandations de 2004 est prévue fin 2014-début 2015 et les experts s'y référeront immanquablement, comme ils l'ont fait dans le passé.

Sur le plan obstétrical, elles devraient porter sur une utilisation « plus adaptée » des ocytociques, sur l'utilisation précoce d'un ballon de tamponnement utérin (ballon de Bakri) et sur la recherche systématique d'un hémopéritoine par une échographie en cas de déglobulisation manifeste sans saignement extériorisé, ce matériel étant habituellement présent dans tout bloc obstétrical.

Sur le plan organisationnel, les recommandations de 2004 seront probablement complétées, en partant du principe que les gynécologues-obstétriciens ont la compétence chirurgicale, par la nécessité pour chaque maternité d'organiser une astreinte de chirurgie en cas de « non-compétence », et sur la poursuite de la surveillance des HPP en secteur de soins intensifs pendant 24-48 heures, une fois la phase aiguë réglée.

Sur le plan anesthésie-réanimation, les recommandations de 2004 restant globalement de mise, les données les plus récentes sont en faveur d'une administration précoce d'acide tranexamique, de la perfusion précoce de concentrés de fibrinogène, de solutés de remplissage vasculaires « neutres » (en se méfiant des volumes importants d'hydroxyéthylamidons), d'une stratégie transfusionnelle et réanimatoire agressive, en particulier dans la prise en charge des HPP massives : transfusion de CGR (concentrés de globules rouges) et de PFC (plasma frais congelé) dans un rapport proche de 1:1, transfusion de concentrés plaquettaires, introduction d'amines vasopressives ; en cas d'échec, utilisation de facteur VII activé recombinant, sans retarder significativement l'hystérectomie d'hémostase (en particulier en cas d'accouchement par césarienne) ; en fonction des situations et des possibilités locales, s'assurer des possibilités d'utilisation d'un *cell-saver* et de l'accès aux techniques d'oxygénation extracorporelle (embolie amniotique).

Par ailleurs, la surveillance biologique qui devra elle aussi être renforcée comportera la réalisation répétée de bilans d'hémostase, voire de l'utilisation d'examens biologiques « délocalisés » (ROTEM) et la recherche de stigmates biologiques de défaillances d'organes parfois insidieuses (créatininémie, bilan hépatique, troponine I...).

Bibliographie

- [1] Rapport annuel MACSF (<http://www.risque-medical.fr/panorama-risque-medical-2012>).
- [2] Décret du 14 février 1992 et Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 (Art. 101 du CSP).
- [3] Arrêté du 10 sept 2007 sur les dépôts de sang (textes de mises en applications du 10/10 au 7/12).
- [4] Décret 94-1050 du 5 décembre 1994 (dit « décret Anesthésie »).
- [5] Décret 98.900 du 9 octobre 1998 (dit décret « Périnatalité »).
- [6] Indicateurs de qualité. Prévention et prise en charge initiale des hémorragies du post-partum immédiat. Analyse descriptive des résultats agrégés de la première campagne de recueil. HAS novembre 2012.
- [7] Recommandations pour la Pratique Clinique « Hémorragies du post-partum immédiat ». J Gynecol Obstet Biol Reprod 2004;33.
- [8] Épidémiologie de la mortalité maternelle en France, 2007-2009. J Gynecol Obstet Biol Reprod 42;7:613-627.
- [9] Hémorragie du post-partum. Congrès national d'anesthésie et de réanimation. Les Essentiels 2011.
- [10] www.sfar.org/etude-epimoms-epidemiologie-de-la-morbidite-maternelle.
- [11] Morbidité et mortalité des patientes ayant eu une prééclampsie ou un hellp syndrome transférées en réanimation. La Presse Médicale 2009 Juin;38:86(doi: 10.1016/ j.lpm.2008.12.021).