

Aspect médico-légal des plaintes et procédures en anesthésie obstétricale

Dr Eric LOPARD

Anesthésiste-réanimateur

Médecin-conseil Expert d'assurances

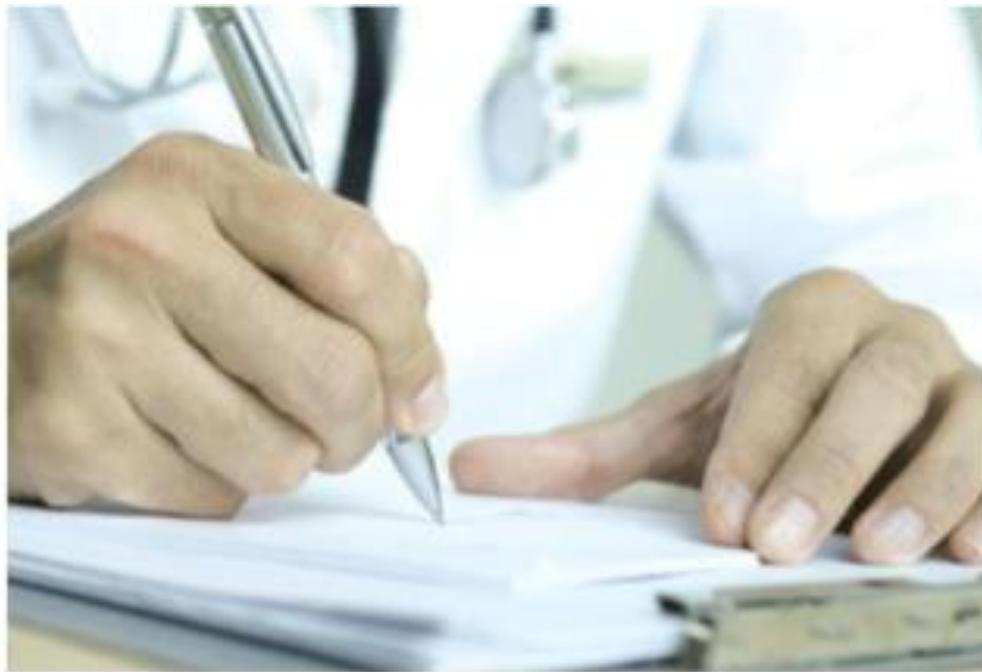


Quelques notions juridiques...

- **Les 4 procédures possibles**
 - **Pénale** : répressive
 - Tout citoyen est concerné...
 - Chefs d'inculpation précis (fautes majeures, lien exclusif)
 - Inassurable...
 - **Civile** : indemnitaire (arrêt MERCIER - 1936)
 - Q : « *Qui va payer l'entier dommage ?* »
 - Responsabilités
 - **Faute / dommage / lien de causalité** (direct et certain)
 - Perte de chance (estimation...)
 - État antérieur (en lien...)

Quelques notions juridiques...

- **Les 4 procédures possibles**
 - **Ordinale** : répressive (CDOM > CROM)
 - Concerne les « soignants avec Ordre » (médecins, SF...)
 - IADE ?...
 - Le COM est partie à la cause en cas de plainte pénale...
 - **CRCI : réclamation**
 - **> Loi du 4 mars 2002**
 - Indemnisation de l'aléa médical et des IAS
 - Conciliation et/ou indemnisation
 - Possibilité de procédure judiciaire parallèle
 - Assureurs en « fond de tâche »...



Rapport d'activité MACSF - Le Sou Médical

Le risque des professionnels de la santé en 2010

www.macsf.fr/file/docficsite/pj/7e/e8/7f/62/ra-sou-medical-2011



RAPPORT ANNUEL 2010

MACSF – LE SOU MEDICAL

Professions

Effectif

Sinistralité

Médecins

119.845
(lib. 73 000)

1,53% (-0,13*)

Sages-femmes

14.384

0,07 % (-0,05*)

Infirmiers

71.068

0,02 % (=*)

Masseurs-kiné

24.032

0,34% (+0.08*)

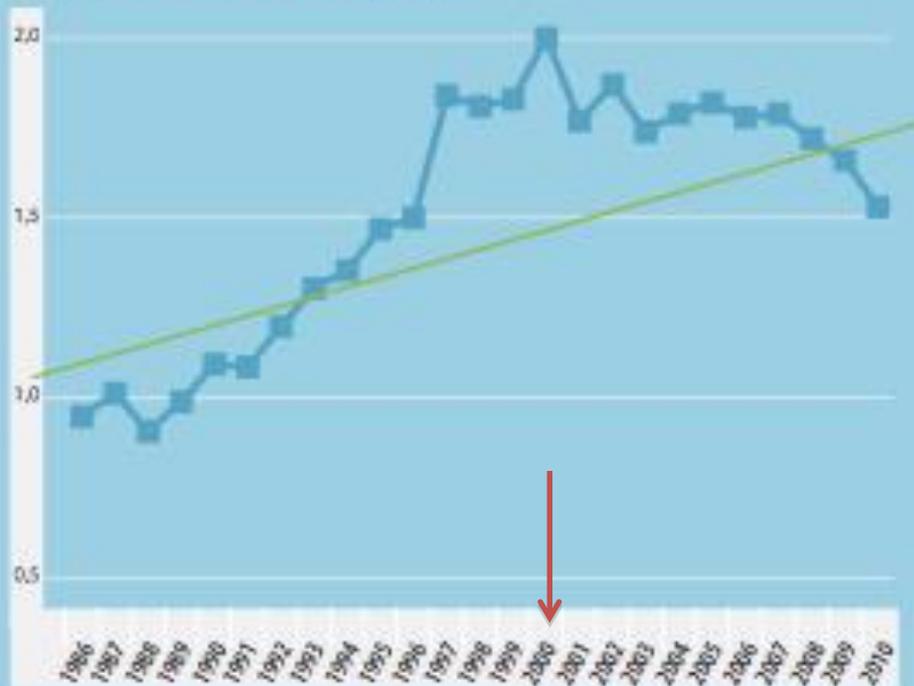
*: par rapport à 2009

RAPPORT ANNUEL 2010

MACSF – LE SOU MEDICAL

Sinistralité des médecins tous exercices et spécialités confondus

1986 à 2010 (a)



(a) Déclarations accidents corporels pour 100 sociétaires.

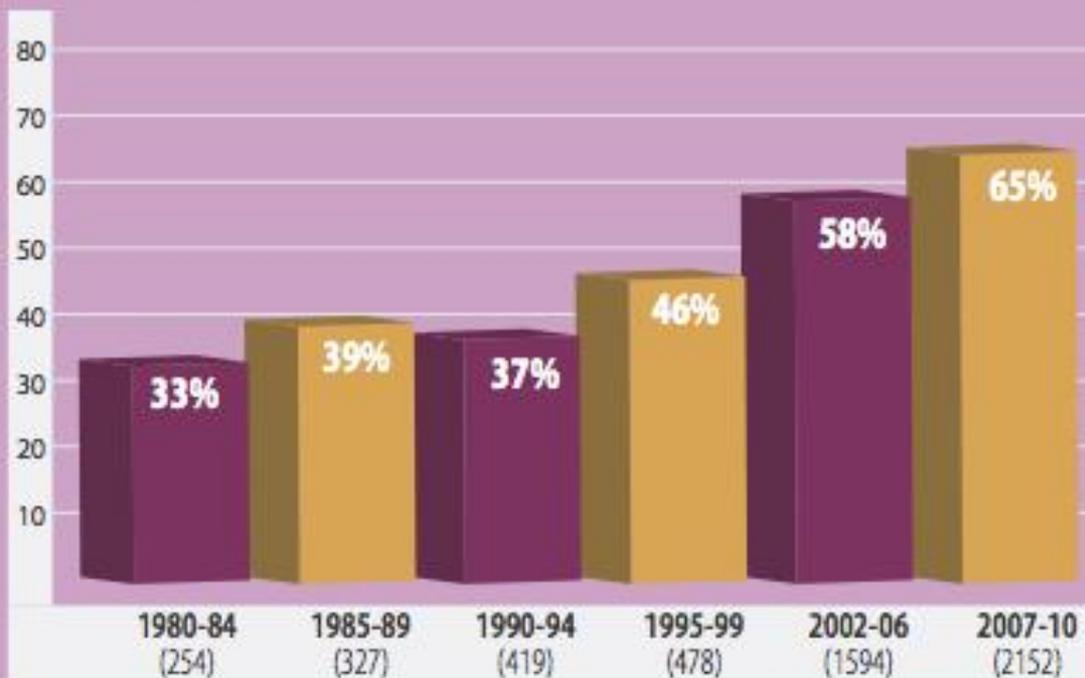
	Mises en cause
Tous médecins confondus	514
Ophthalmologistes	39
Obstétriciens	49
Généralistes	78
Chirurgiens	116
Radiologues	22
Anesthésistes	45
Gastro-entérologues	12
ORL	27
Cardiologues	10

RAPPORT ANNUEL 2010

MACSF – LE SOU MÉDICAL

Évolution des taux de condamnation depuis 30 ans

% de décisions défavorables



(nbre de décisions de justice)

RAPPORT ANNUEL 2010

MACSF – LE SOU MEDICAL

Focus sur les sinistres les plus graves

Indemnisations (euros)	> 100 000	> 300 000	> 500 000	> 1 000 000	> 2 000 000	> 4 000 000
Chirurgiens	24	9	7	1		
Généralistes	16	7	4	1		
Anesthésistes	12	5	3	2	1	
Obstétriciens	7	6	3	2	1	
Ophthalmologistes	4	1	1	1		

RAPPORT ANNUEL 2010

MACSF – LE SOU MEDICAL

Les 10 indemnisations les plus élevées de 4 912 660 à 1 051 971 €

Spécialité	Indemnisation	Faits
Obstétrique	4 912 660	Souffrance fœtale aiguë à la naissance – Enfant né IMC. Responsabilité conjointe de l'obstétricien et de la clinique du fait de sa sage-femme salariée à hauteur de 70 % de perte de chance.
Anesthésie	2 692 702	Patiente victime d'une anoxie cérébrale au décours d'une reprise d'une intervention pour lobectomie thyroïdienne. Responsabilité de l'anesthésiste à hauteur de 90 % de perte de chance pour négligence dans les examens, la surveillance et la stratégie employée.
Obstétrique	2 159 189	Enfant né IMC par voie basse sur césarienne programmée. Erreur de jugement des obstétriciens. Responsabilité intégrale et solidaire.
Anesthésie	1 833 643	Anoxie cérébrale à la suite d'un collapsus survenu au décours d'une rachianesthésie pratiquée pour césarienne. Responsabilité exclusive et intégrale de l'anesthésiste.
Pédiatrie	1 588 699	Atteinte neurologique sévère d'un enfant dans les suites d'une série de vaccinations avec des vaccins stockés retirés du marché. Responsabilité partagée du laboratoire et du médecin prescripteur.
Ophthalmologie	1 393 445	Séquelles importantes dans les suites d'une chirurgie réfractive pour myopie. Responsabilité exclusive de l'ophtalmologiste.
Obstétrique	1 129 178	Enfant né IMC. Responsabilité intégrale du gynécologue obstétricien.
Médecine générale	1 095 214	Retard de diagnostic d'un syndrome de la queue de cheval. Responsabilité exclusive du médecin généraliste ayant vu le patient en consultation pour syndrome lombalgique aigu brutal.
Échographie	1 087 390	Défaut de dépistage d'une malformation fœtale symptomatique du syndrome de régression caudale. Responsabilité exclusive de l'échographiste.

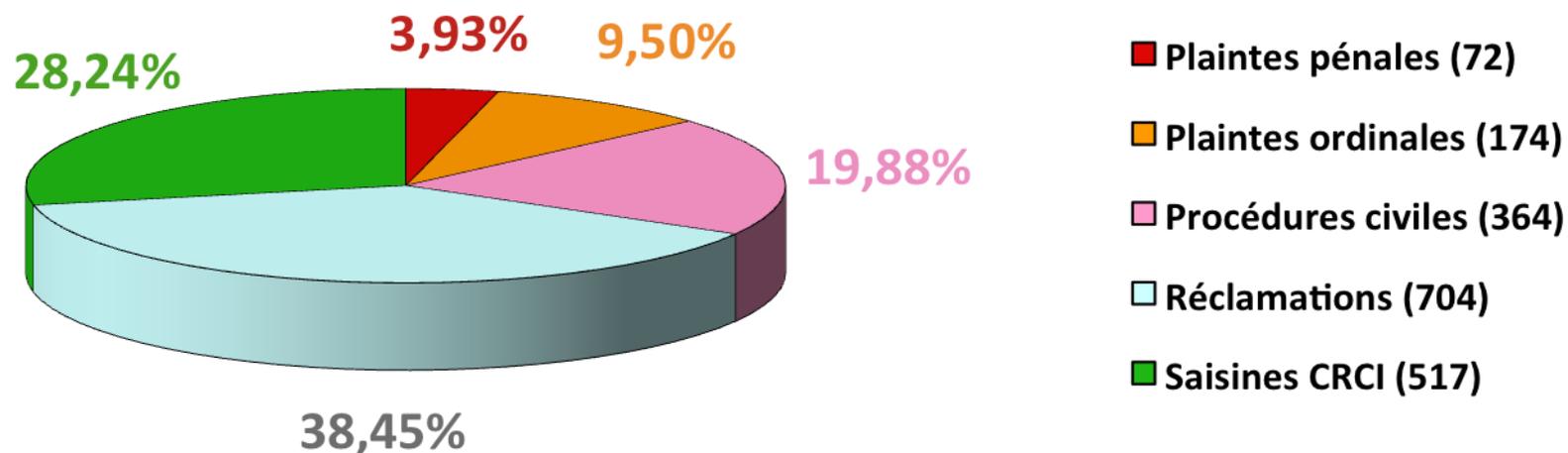
La moitié
concerne

« l'Obstétrique »...

RAPPORT ANNUEL 2010

MACSF – LE SOU MEDICAL

Nature des contentieux des 1831 réclamations reçues en 2010



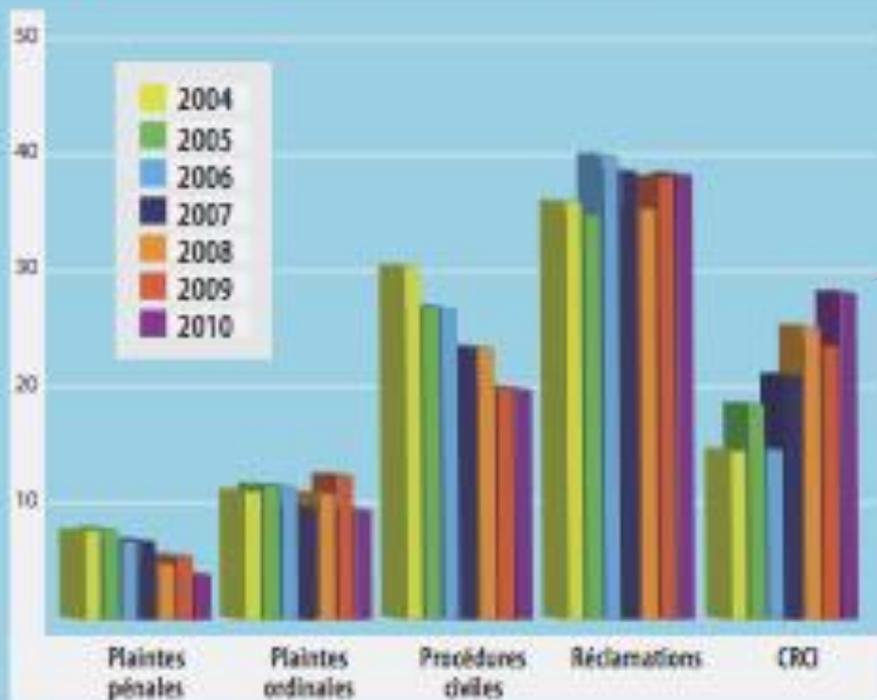
> 85% ont un but indemnitaire

RAPPORT ANNUEL 2010

MACSF – LE SOU MEDICAL

Déclarations des dommages corporels auprès des médecins

2010



Rôle
croissant

Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation (CRCI) des accidents médicaux

21 membres

Président
(magistrat)

6
représentants
des **usagers**

3
professionnels
de santé

3
responsables
d'établissement

2
représentants
de l'ONIAM

2
représentants
des **assureurs**

4
personnalités
qualifiées

propositions
des associations
d'usagers
du système
de santé

1
**praticien
hospitalier**

2
**médecins
libéraux**

1
responsable
d'établissement
de santé public

2
responsables
d'établissements
de santé privés

La réparation de l'aléa

CSP art. L 1142-1-II

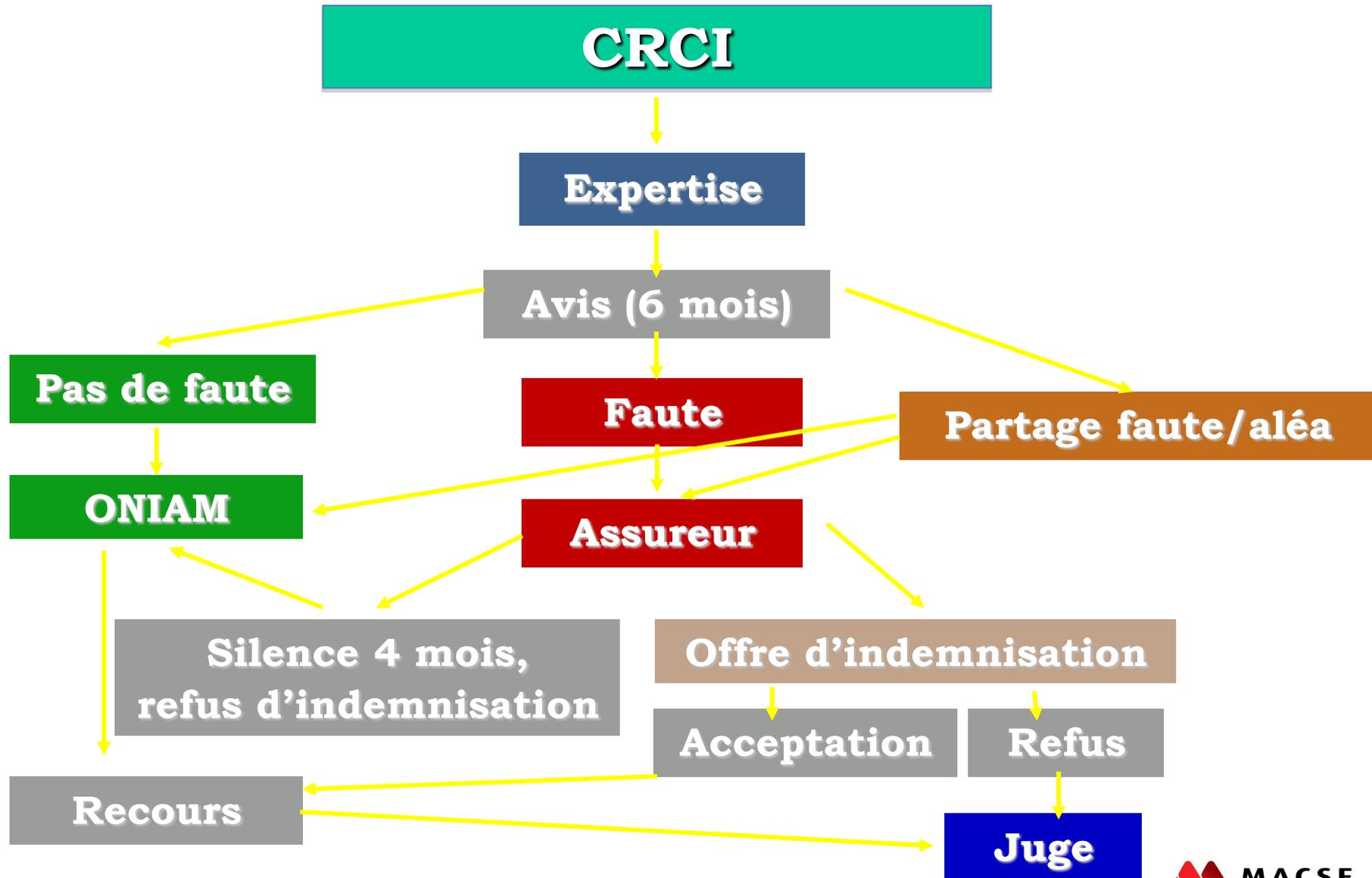
- « Lorsque la **responsabilité** d'un professionnel, d'un établissement .../... n'est **pas engagée**, un **accident médical, une affection iatrogène** ou une infection nosocomiale ouvre droit à la **réparation des préjudices** du patient au titre de la solidarité nationale, lorsqu'ils sont **directement imputables** à des **actes** de prévention, de diagnostic ou de soins et qu'ils ont eu pour le patient des **conséquences anormales** ... / ... et présentent un **caractère de gravité** fixé par décret, apprécié au regard de la perte de capacités fonctionnelles et des conséquences sur la vie privée et professionnelle mesurées, en tenant notamment compte du taux d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique, de la durée de l'arrêt temporaire des activités professionnelles ou celle du déficit fonctionnel temporaire.... »

L'aléa indemnisable...

- Un **accident médical**
- Postérieur au **5 septembre 2001**
- **Imputable à un acte** de prévention, de diagnostic ou de soins
- Ayant des **conséquences anormales** au regard de l'état de santé du patient comme de l'évolution prévisible de celui-ci
- **Sans faute démontrée des intervenants**
- **Présentant au moins un des critères de gravité**
 - Seuils de compétence de la CRCI...

Procédure amiable, rapide et gratuite
souvent suscitée par les CRU(QPC) des ES...

CRCI = commission administrative qui rend des avis...





« NOUVEAUTÉS » DANS L'INDEMNISATION...



- **Nomenclature DINTIHLAC**
 - # 2007
 - Augmentation des indemnisations
- **Création d'un fonds de garantie**
 - > 2011
 - Couverture des sinistres > 8M€
- **Indemnisation propre du défaut d'information**
 - > 2011
 - « Forfaitaire »



La meilleure procédure est celle
qui n'a pas lieu...

Tout repose sur une *(ou des)*
expertise médico-légale...

Le 1^{er} aléa de l'expertise, c'est
les experts...



**On ne m'a rien dit,
rien expliqué...**

Je n'ai pas vu de docteur...

**Je ne fais pas ça pour moi,
mais pour les autres**

Caractéristiques des plaintes en anesthésie obstétricale

- Elles sont **rare**s (*# 20 / 600 000 actes / an*)
 - Mais motivées par des **dommages graves**
 - Surtout **néonata**ls, plus rarement maternels
- Les mises en cause sont souvent « **connexes** »
 - L'anesthésie est mise en cause « parmi d'autres »...
- Plus volontiers **péna**les / CRCI > TGI
 - Rôle majeur de « l'affect » en obstétrique
- ↗ contentieux concernant **directement** les SF ?...
 - Les IADE # 0

« Préparation » de la patiente et/ou du matériel

- **Défaut d'information, de consentement, de B/R...**
 - *Organisation des CPA, réunions d'information...*
 - *De réévaluation des risques (urgences)*
- **Traçabilité de la vérification du matériel d'anesthésie**
 - *Matériel d'intubation spécifique*
- **Absence de chariot d'urgence / de chariot d'AG**
- **Contenu du chariot d'urgence / d'AG non conforme**

Accidents per opératoires / per partum

- **« Absences »...**
 - De mise en place des moyens de surveillance recommandés
 - De traçabilité de la surveillance
- **Erreurs dans l'administration des anesthésiques**
 - Réinjections péridurales par SF ou IADE
- **Réaction inadaptée face à une complication (RAT...)**
- **Retards de prise en charge d'accidents per partum**
 - « Équipe » obstétricale +++ (césarienne...)
 - « Anesthésie dans la tourmente »...

Accidents post opératoires / post partum

- **Défaut de surveillance en SDN, SSPI**
 - Défaut de traçabilité
 - « Compétence » du personnel
 - Autorisation de sortie et domaine de compétence (IDE / SF)
 - Problèmes posés par la « suractivité »...
- **Retards de prise en charge**
 - Transfusion, troubles neurologiques...
- **Traitements « inadaptés »**
 - Non respect des recommandations (*HPP*,)
- **« Troubles neurologiques » post partum**
 - Très rarement liées aux ALR (sauf BDM)...

Miscellaneous...

- **Problèmes relationnels (per et post partum +++)**
 - Avec la patiente / son conjoint...
 - Entre professionnels (ambiance...)
- **Défauts d'efficacité anesthésique**
 - Césariennes P et NP...
 - *Analgesie du travail (rare)*
- *Panne de matériel (absence de signalement d'accidents antérieurs)*
- *Chute de la table d'intervention ou du brancard*
- *Mauvais montage du matériel d'anesthésie*
- *Non-respect des procédures de désinfection et de décontamination*

Les risques de l'anesthésie dans le contexte obstétrical...



Les risques en médecine comparés aux autres domaines techniques

Systèmes amateurs



Alpinisme
Pêche

Systèmes sûrs



Voiture

Risque « chirurgical »

Systèmes ultra sûrs

Anesthésie
Patient ASA 1-2



Industrie

Aviation

Industrie
nucléaire

Rail

10^{-2}

10^{-3}

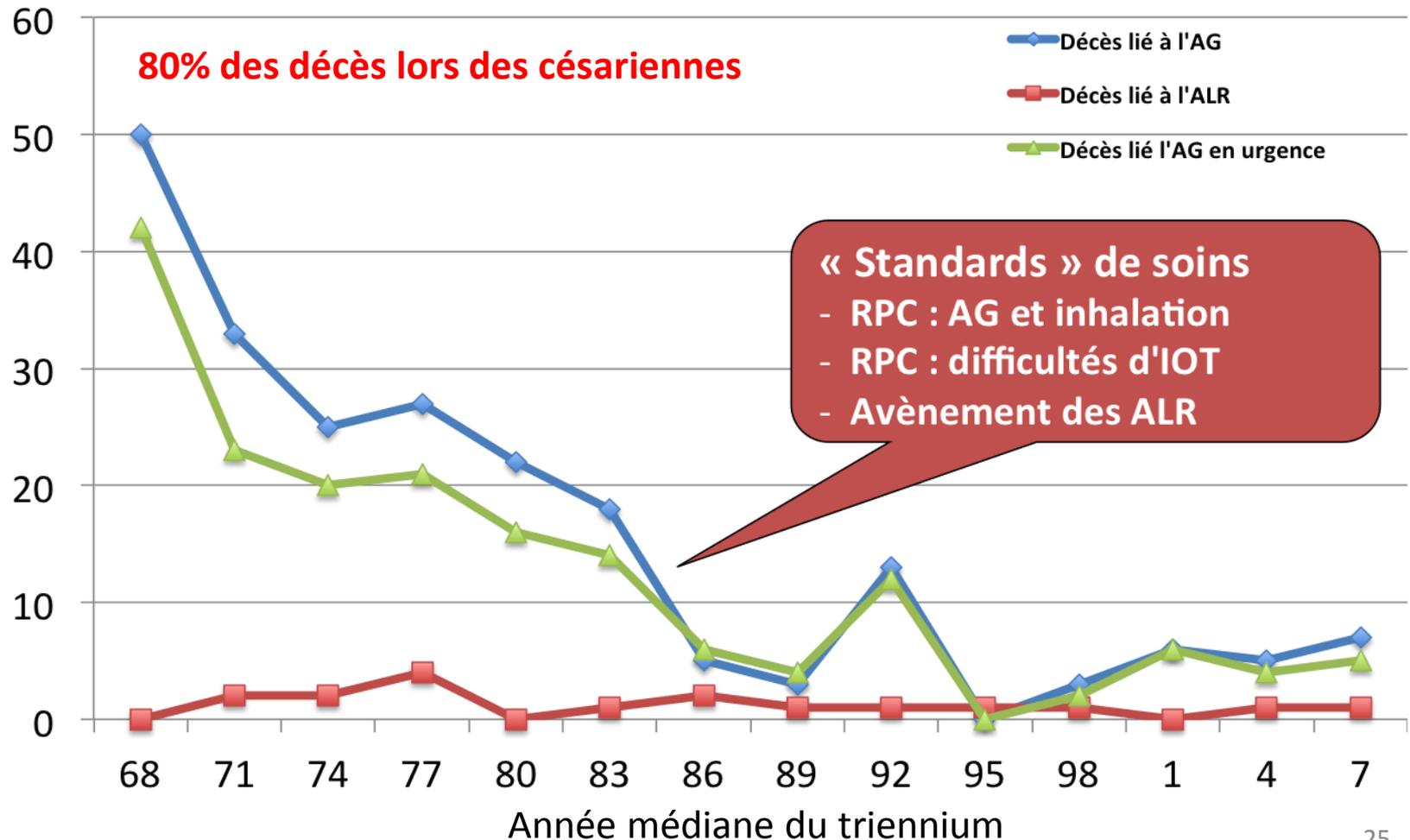
10^{-4}

10^{-5}

10^{-6}

Anesthesia and Maternal death

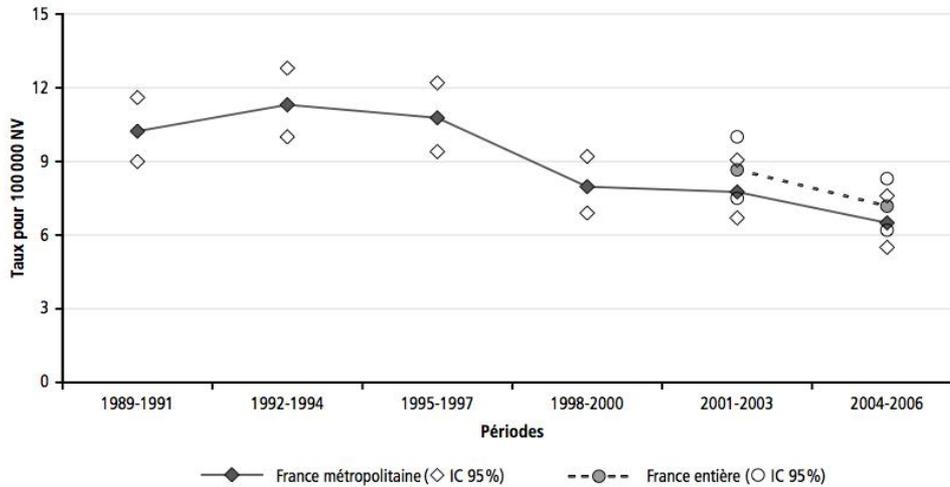
(England and Wales 1967-84 and UK 1985-2008)



Epidémiologie de la mortalité maternelle en France 2001-2008

BEH 19 jan.2010; n° 2-3. INVS

Évolution des taux officiels de mortalité maternelle en France depuis 1989, par périodes triennales, taux pour 100 000 naissances vivantes



**Chiffres globaux
plutôt en baisse
(# 8,5/10⁵)**

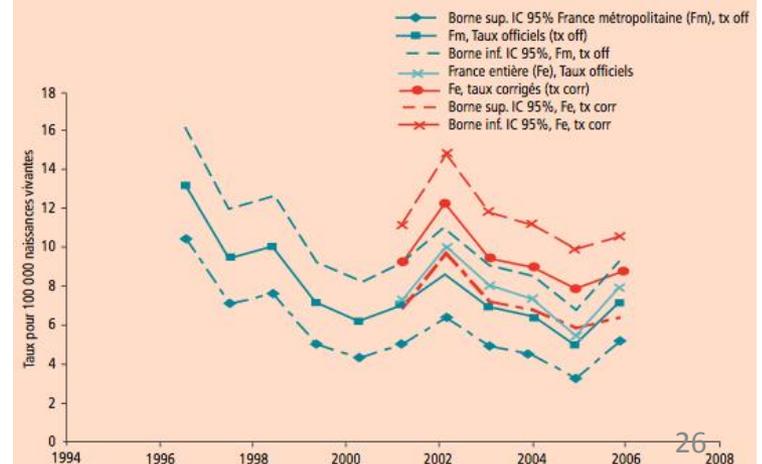
**Position moyenne
en Europe**

Problèmes :

+30% en IDF /M

+300% en DOM TOM /M

Figure 1. Évolution des taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes, France, 1996-2006 : taux officiels France métropolitaine et taux corrigés France entière.
Figure 1. Trends in maternal mortality ratios per 100,000 live births, France 1996-2006 : official rates in metropolitan France and adjusted rates whole France.



Épidémiologie de la mortalité maternelle en France 2001-2008

BEH 19 jan.2010; n° 2-3. INVS

Tableau 5 Répartition des décès maternels, selon la cause obstétricale détaillée, France, 2001-2003 et 2004-2006 / Table 5 Distribution of maternal deaths by detailed obstetrical cause, France, 2001-2003 and 2004-2006

Causes	2001-2003	%	2004-2006	%
Causes obstétricales directes	178	71,2	156	73,2
Hémorragies	61	24,4	55	25,8
Consécutives à grossesse ectopique	7	2,8	9	4,2
Consécutives à avortement	0	0,0	1	0,5
Placenta prævia, placenta accreta	4	1,6	4	1,9
Hémorragie précédant l'accouchement	2	0,8	1	0,5
Hémorragie pendant l'accouchement	2	0,8	1	0,5
Hématome rétro-placentaire	4	1,6	2	0,9
Hémorragie du post-partum	28	11,2	33	15,5
Rupture utérine	11	4,4	2	0,9
Plaies chirurgicales et lésions	3	1,2	2	0,9
Embolies amniotiques	23	9,2	34	16,0
Thrombo-embolies	26	10,4	20	9,4
Embolie pulmonaire	22	8,8	18	8,5
Thrombose veineuse cérébrale	4	1,6	2	0,9
Hypertension artérielle	29	11,6	17	8,0
Pré-éclampsie	7	2,8	6	2,8
Éclampsie	15	6,0	8	3,8
HELLP syndrome	4	1,6	3	1,4
Autres HTA	3	1,2	0	0,0
Infections	12	4,8	7	3,3
Septicémie	8	3,2	5	2,3
Consécutives à avortement	2	0,8	0	0,0
Autres	2	0,8	2	0,9
Complications d'anesthésie	4	1,6	3	1,4
Autres causes directes	23	9,2	20	9,4



6ème

Épidémiologie de la mortalité maternelle en France 2001-2008

BEH 19 jan.2010; n° 2-3. INVS

Tableau 6 « Évitable » de la mortalité maternelle selon les causes principales des décès, France, 2001-2006 / *Table 6 Avoidable maternal deaths by main obstetric cause, France, 2001-2006*

	Nombre de cas	Évitabilité				
		Non établie	Non évitable	Certainement évitable	Peut-être évitable	% d'évitabilité*
Causes obstétricales directes	201	50	63	59	29	58,3
Hémorragies	68	15	5	34	14	90,6
Embolies amniotiques	43	6	34	1	2	8,1
Thrombo-embolismes	27	9	12	4	2	33,3
Complications HTA	26	10	6	4	6	62,5
Infections	15	3	2	7	3	83,3
Complications anesthésie	5	0	0	5	0	100,0
Autres causes directes	17	7	4	4	2	60,0
Causes obstétricales indirectes	112	20	68	10	14	26,1
Toutes causes	313	70	131	69	43	46,1

* décès évitables et peut-être évitables divisés par le nombre de cas expertisés moins les cas non conclus (exemple hémorragies : $[(34+14)/(68-15)] * 100 = 90,6\%$)

Source : Inserm Unité 953

Anesthésie = 5 décès imputables (4 allergies aux curares, 1 inhalation) classés comme évitables par la pratique des ALR

Éléments d'épidémiologie

Pour la période 1999-2001, le CNEMM n'avait retenu qu'un seul cas rattaché à l'anesthésie, alors que pour la période 1996-1998, il en avait retenu six. Pour la période 2001-2006, 7 décès maternels classés en complications d'anesthésie ont été répertoriés (soit un taux global de mortalité maternelle de 0,14/100 000 naissances). Seuls 5 cas ont été expertisés et sont décrits ci-dessous. Les derniers rapports anglais rapportent une faible mortalité maternelle imputable directement à l'anesthésie. Pour les années 2000-2002, 6 cas (soit 5,7%) avec un taux global de mortalité de 0,30/100 000 naissances. Pour 2003-2005, 6 cas (4,5%) avec un taux global de 0,28/100 000 naissances.

Analyse des nouveaux cas

- Cas 1 : une femme ayant eu une révision utérine sous anesthésie générale (propofol et succinylcholine) pour rétention placentaire. Immédiatement après l'injection, survenue d'une tachycardie, chute de la pression artérielle et érythème généralisé. Le diagnostic clinique et biologique est celui d'un choc anaphylactique à la succinylcholine.
- Cas 2 : une patiente admise aux urgences pour confusion fébrile. Une ponction lombaire et une hémoculture vont révéler une méningite à pneumocoque. La patiente est intubée avec pentothal et succinylcholine pour convulsions. Immédiatement après l'intubation (contrôle de la bonne position de la sonde par auscultation), survenue d'un bronchospasme, instabilité hémodynamique et inefficacité circulatoire déclenchant massage cardiaque et adrénaline.

Diagnostiques évoqués : intubation oesophagienne ou allergie aux produits anesthésie.

- Cas 3 : une femme chez qui une césarienne sous rachianesthésie est programmée en raison de mauvaises conditions obstétricales. Une péridurale est posée après échec de la rachianesthésie. Après extraction de l'enfant, une anesthésie générale (pentothal et succinylcholine) est réalisée en raison de douleurs en cours de fermeture. La patiente présentera un bronchospasme compliqué d'une dissociation électromécanique. Diagnostic biologique très probable de choc anaphylactique à la succinylcholine.
- Cas 4 : une femme programmée pour césarienne avec anesthésie générale en raison d'un placenta *praevia*. Un stagiaire infirmier anesthésiste (IADE) réalise une intubation oesophagienne (détectée immédiatement) lors de l'induction anesthésique (pentothal et succinylcholine). La sonde est repositionnée dans la trachée par l'anesthésiste. Injection secondaire d'atracurium. Persistence de difficulté à ventiler la patiente, désaturation artérielle profonde et valeur de CO₂ expiré proche de zéro. La patiente va présenter des troubles du rythme et un arrêt cardiaque. Des dosages allergiques sont en faveur d'une forte suspicion d'allergie à un curare.
- Cas 5 : patiente ayant accouché avec une péridurale par voie basse. Dans les suites, hémorragie de la délivrance motivant une hystérectomie sous anesthésie générale. Dans les suites, incompétence myocardique nécessitant une assistance ventriculaire gauche de type Thoratec®. La patiente est sevrée de cette assistance à J20, mais toujours intubée ventilée. Au cours d'un épisode d'agitation, auto-extubation avec réintubation difficile et survenue d'un syndrome de Mendelson.

Synthèse

Cinq cas imputables à l'anesthésie sur 313 décès ont été notés sur ces quatre années (1,6%). Il s'agit principalement de décès par choc allergique à la succinylcholine ou curares, ce qui est tout à fait nouveau par rapport aux données françaises du CNEMM ou aux données anglaises récentes.

L'allergie aux curares est la première cause de choc anaphylactique en anesthésie (60%) et survient pour environ 1/6 500 anesthésies comportant un curare. La fréquence de l'intubation trachéale pour anesthésie obstétricale n'étant pas connue dans cette enquête épidémiologique, il est difficile d'en tirer une conclusion sur sa prévalence/gravité en anesthésie obstétricale.

L'intubation trachéale avec une séquence associant pentothal et succinylcholine est la règle lors d'une anesthésie générale obstétricale pour éviter la survenue d'un syndrome de Mendelson. On peut se poser la question de la nécessité absolue d'une anesthésie générale dans la plupart des cas rapportés. Une rachianesthésie était une solution possible pour le cas 1 et sans doute aussi pour le cas 4. En dehors de toute situation urgente, le début de la chirurgie ne peut se dérouler sans avoir testé la bonne efficacité de la technique (règle non respectée pour le cas 3). La nécessité de réintuber en urgence la patiente 5 n'est sûrement pas prouvée (épreuve de sevrage non réalisée). Ce cas 5 nous rappelle aussi que le syndrome de Mendelson existe certes en anesthésie, mais aussi en réanimation, et que la technique d'anesthésie en séquence rapide s'applique aussi dans ces lieux.

Tous ces décès ont donc été classés comme évitables.

Recommandations

- L'anesthésie en séquence rapide avec la succinylcholine est utilisée pour des anesthésies générales avec intubation trachéale en obstétrique. Cependant, chaque fois que cela est possible, une technique locorégionale doit être envisagée chez la femme enceinte.

- Devant un état de choc, il est impératif d'effectuer des prélèvements sanguins pour faire le diagnostic secondaire. Un kit de prélèvements sanguins comportant « allergie grave » et « embolie amniotique » devrait être prêt dans chaque maternité.

ALR ou AG ?...



Fréquence des complications immédiates des APD

≈ 20 000

	Date	Type	Centre	N APD	<i>Inj. IV</i>	<i>Inj. IT</i>	<i>Inj. SD</i>	RA totale
Scott & T.	1990-1	P	Multi.	108 133	1:54 000	1:5 700		1:54 000
Crawford	1968-86	P	Mono.	26 490	1:9 000	1:6 750		1:13 250
Youngstrom	1986-91	P	Mono.	13 500	1:1 700			1:13 500
Paech	1989-94	P	Mono.	10 995	1:2 800	1:1 100	1:1 850	1:5 500
Jenkins *	1987-97	P	Mono.	10 817	1:1 350	1:1 350	1:10 800	1:5 500
Scott & H.	1982-6	R	Multi.	505 000	1:25 250			1:63 100
Palot	1988-93	R	Multi.	288 351	1:9 000			1:8 000
Auroy \$	1994	P	Multi.	30 413	1:7 600			1:10 100
Jenkins	1987-2003	P	Multi.	145 550	1:5 000	1:2 900	1:4 200	1:16 200

Neurological complications in obstetric regional anesthesia

Loo CC et al. Int J Obstet Anesth 2000; 9, 2: 99-124

- Complications publiées (Medline) 1966 à 1998
- Ce sont des évènements rares,
- aux conséquences parfois graves,
- et aux étiologies souvent intriquées...

...« L'anesthésie rachidienne est souvent incriminée jusqu'à preuve du contraire »...

Neurological complications in obstetric regional anesthesia

Loo CC et al. Int J Obstet Anesth 2000; 9, 2: 99-124

Type d'ALR	Incidence des complications
APD	0 - 36,2 / 10 000
Rachi	0,3 - 70,3 / 10 000
Rachi-péri combinée	? (cas isolés de Cp infect.)
Rachi continue	7,5 - 8,3 / 1000

Neurological complications in obstetric regional anesthesia

Loo CC et al. Int J Obstet Anesth 2000; 9, 2: 99-124

	Incidence
Abcès péri-dural	0,2 - 3,7 / 100 000
Méningite bactérienne	0 - 15 / 100 000
Méningite aseptique	0 - 2,6 / 1000
Arachnoïdite	0,4 - 1 / 10 000
Hématome rachidien	0,2 - 3,7 / 100 000
Hématome sous -dural	0,2 / 100 000

Neurological complications in obstetric regional anesthesia

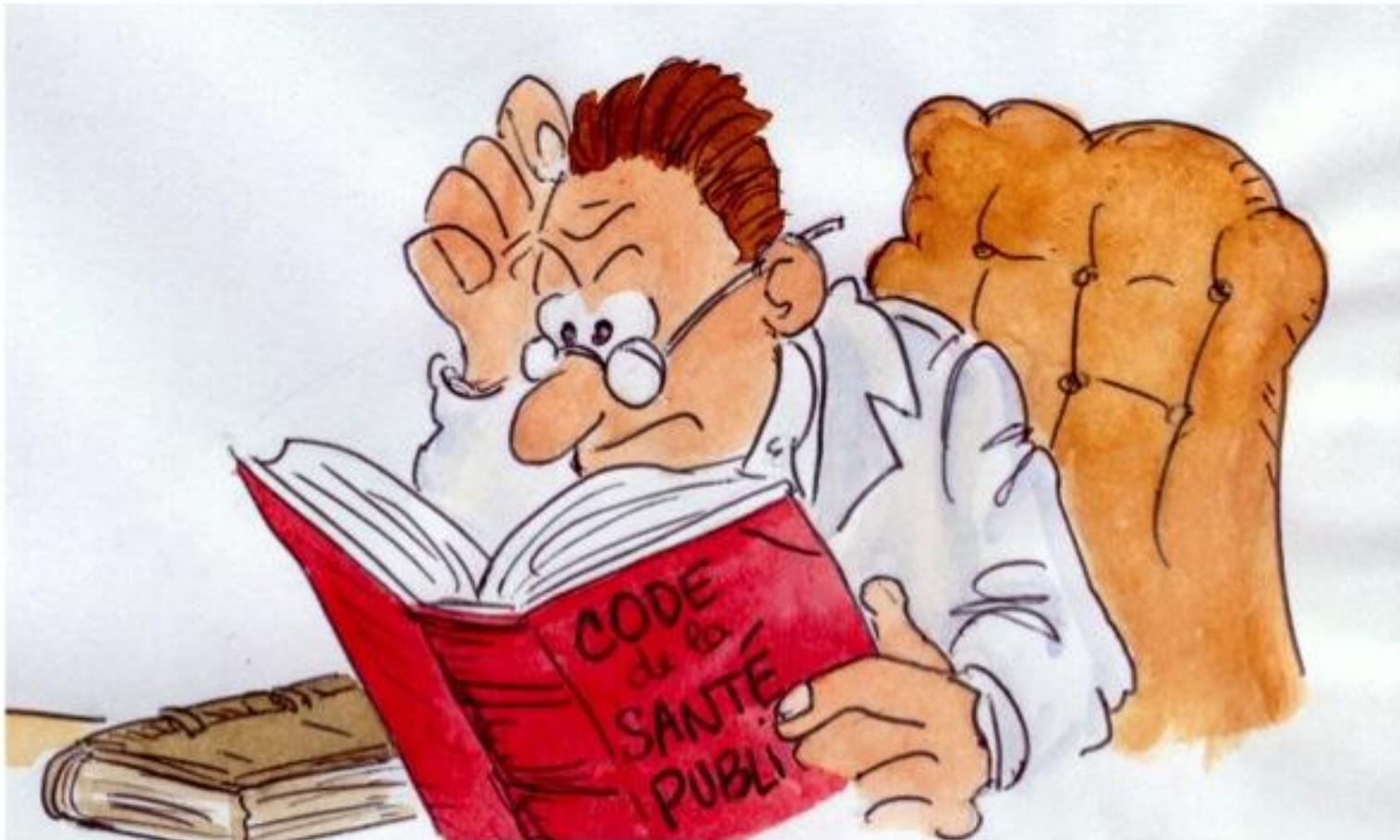
Loo CC et al. Int J Obstet Anesth 2000; 9, 2: 99-124

	Incidence
Sd Art. Spinale Antérieure	0,2 / 100 000
Sd. Queue de Cheval	1,2 / 10 000
Atteinte nerfs crâniens	1 - 3,7 / 100 000
Neuropathies traumatiques	1,6 - 5,4 / 10 000
Neuropathies obstétricales	1 - 10 / 1000

Anesthésies obstétricales et responsabilité médico-légale

- **Risques liés à la prise en charge de l'accouchement**
 - En 1^{ère} ligne / séquelles obstétricales / retards de décision...
- **Risques des anesthésies de l'accouchement**
 - Stratégiques, techniques, traumatiques...
 - ALR (BDM) et AG (IOT, dents, allergies ...)
 - Complications souvent « **aléatoires** » (si information...)
 - Défauts d'efficacité : « obligation de moyens »...
- **Risques liés à une « mauvaise » pratique**
 - « Heureusement » rares...
 - Reco. SFAR, RFE, CC, HAS... (= « *tables de la Loi...* »)

Un cas clinique...



Le dossier...



Le « dossier » d'anesthésie...

PRESCRIPTIONS D'EXAMENS

Paradoxale
 - Naloxone 2% 20 cc
 - SAP naloxone 2% 5cc/H

Clonidine pour SF
 → RT per
 Roche D12L1. marque 15 mg
 - utilisation.

extraction : enfant ve resp
 - Mound
 - Boule sèche
 - all 1'enfant

par les voies
 ventilation
 ASD, letas -

infectes - Synto 100 20

10 = infectes - Synto
 Retour vers l'enfant pour
 ve ventile 12.

14 = Retour en salle
 - patiente normale
 - TPA hyperable
 - Hydrat. et. - Oxygène

Clonidine - urgente
 - nitrogène - ventilator -
 - clonidine
 - Synto
 - Synto
 - Solucline 1 mg 20
 - Carb.

Tachycardie
 choc électrique MCF

Respiration -
 - Vental pour
 - Synto normale.

Les faits (1)

- Primipare de 25 ans, 38 SA
- **Maternité de type 1**
 - 1800 accouchements / an
- **Déclenchement pour pré-éclampsie modérée**
 - 13h : APD
 - Ropivacaïne 0,2%, 20ml DT puis SAP 9ml/h
 - Surveillance TA sur CTG maternel
- **14h30 : décision de césarienne (A RCF LAC)**
 - Pédiatre à l'extérieur, non appelé

Les faits (2)

- **Ablation KT d'APD**
- **Rachianesthésie**
 - Ponction D12-L1, 15mg Bupi HB
 - 1000 RL + 60 mg Ephédrine + 1000 Voluven
 - Pas de feuille de surveillance
 - Troubles de conscience (*témoignage SF*)
- Naissance 😊3000 G né en **EMA** (14h58)
 - Apgar 1 à 1 min, 10 à 10 min
 - **Réa NN faite par SF + MAR** (*désobstruction, O2, VM, MCE*)
 - Arrivée du pédiatre à M+50

Les faits (3)

- **Retour MAR en SOP (15h09)**
 - SYNTOCINON 10 U IVD
 - 15h10 : Rappel du MAR pour réa. NN
- **Retour MAR en SOP (15h14)**
 - Bradycardie extrême = **ACR**
 - O2, IOT, atropine, Isuprel, Adrénaline, MCE, CEE
- Récupération d'une activité cardiaque
 - Mydriase aréactive pendant 20'
- Transfert en réanimation puis néphrologie
- Séjour prolongé en SSR...

Les séquelles

- **Dépendance totale (IPP \geq 85%)**
 - Diplégie faciale de type central
 - Syndrome tétrapyramidal
 - Ataxie cérébelleuse
- **Préjudice professionnel total et définitif**
- QD et PE à 5/7, PA et PS total et définitif
- **Tierce Personne non médicalisée : 16h / j**
- Aménagements de domicile etc...

Les responsabilités ?

- **Le MAR**
 - *rachi, réanimation x 2, Syntocinon, surveillance...*
- **Le GO**
 - *pas d'appel au pédiatre en ante natal*
- **La SF**
 - *suivi du travail, dégagée par l'appel au GO ?*
- **Le pédiatre**
 - *pas sur place, pas appelé, arrivée à M+ 50'*
- **La structure**
 - *organisation de la PDS (libéraux)*

Analyse médico-légale

- **La complication = « rachianesthésie totale »**
 - Autres étiologies : AFE, anaphylaxie ?
- **Les « anomalies en lien avec la complication » (n=8)**
 - *Traçabilité de la surveillance anesthésique ?*
 - Rachianesthésie sur APD efficace
 - Indication / niveau de ponction / dose
 - Réanimation initiale
 - Remplissage par 2000 ml (RL et HEA) sans VP
 - Syntocinon
 - Dose / vitesse d'injection
 - Défaut de surveillance maternelle (réanimation NN)
 - Réanimation de l'accident (atropine, Isuprel)

CEMD 1997-99

Br J Anaesth 2002; 89(3): 499-508

- **3 décès de cause anesthésique dont 1 ALR**
 - Brèche dure-mérienne (cathéter intrathécal reconnu)
 - Rachianalgésie continue pour le travail
 - **Césarienne en semi urgence**
 - **Rachianesthésie « étendue »** (10 mg bupi NB)
 - **réanimation initiale imparfaite**
 - Circonstances « annexes »
 - **appel pour réanimation du nouveau-né**
 - **hémorragie brutale peropératoire (P Acreta)**
 - **10 UI de Syntocinon® en IVD**
 - Arrêt cardiaque non récupéré

ACOG committee on Obstetrics

« Anesthesia for emergency deliveries » (1992)

« Cesarean deliveries that are performed for a non reassuring fetal heart rate pattern do not necessarily preclude the use of regional anesthesia »

Rachianesthésie pour césarienne après analgésie péridurale

- **Risque de rachianesthésie totale**

- Mets B. *Anesth Analg* 1993; 77: 629-33
- Gupta A. *Int J Obstet Anesth* 1994; 3: 153-6 (10 à 15 mg bupi.)
- **Furst SR** (*J Clin Anesth* 1995; 7: 71-74) **RR =11 % (vs. < 1 %)**

- **Recommandations**

- *doses normales* (*Anesth Analg* 95 - *Int J Obstet Anesth* 99 et 2001)
- *doses "ajustées"* (*Anesth Analg* 94 - *Anesthesiology* 2002)
- **abstention** (*Int J Obstet Anesth* 94 - *J Clin Anesth* 95 - *SFAR*)

« Why mothers die 97-99 »

Syntocinon and the CEMD

2 décès maternels impliquent l'utilisation du Syntocinon®

- 1 cas sur une hémodynamique maternelle instable
(CS / bloc rachidien étendu et hypovolémie aiguë)
- 1 cas sur une cardiopathie pré-existante (AVB / HTAP)

Dans les 2 cas, arrêt cardiaque non récupéré après injection IVD de 10 unités de Syntocinon®

Discussion :

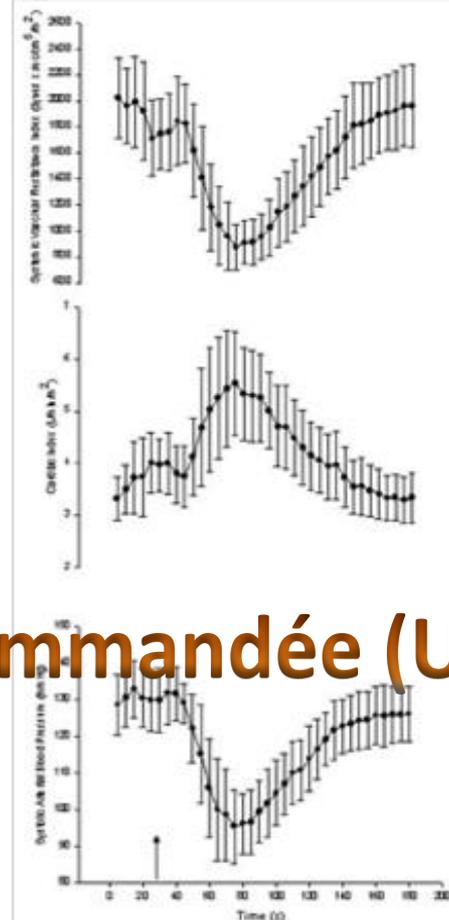
- dose de 10 UI
- mode d'administration IV Directe

Invasive monitoring and major hemodynamic effects of oxytocin during C. Section

Langesaeter E. *Anesthesiology* 2006; 105: A11

n=10
5 U
Syntocinon
IVD

Figure 1



Résistances Vasculaires
Systémiques

- 39% en 43"

(IC: 1861-2663 ↘ 674-1073)



Index cardiaque

+ 61% en 48"

(IC: 3.0-4.2 ↘ 4.2-6.7)



Dose recommandée (UK, USA,F): 5 UI en IV lente

Pression Artérielle

Systolique

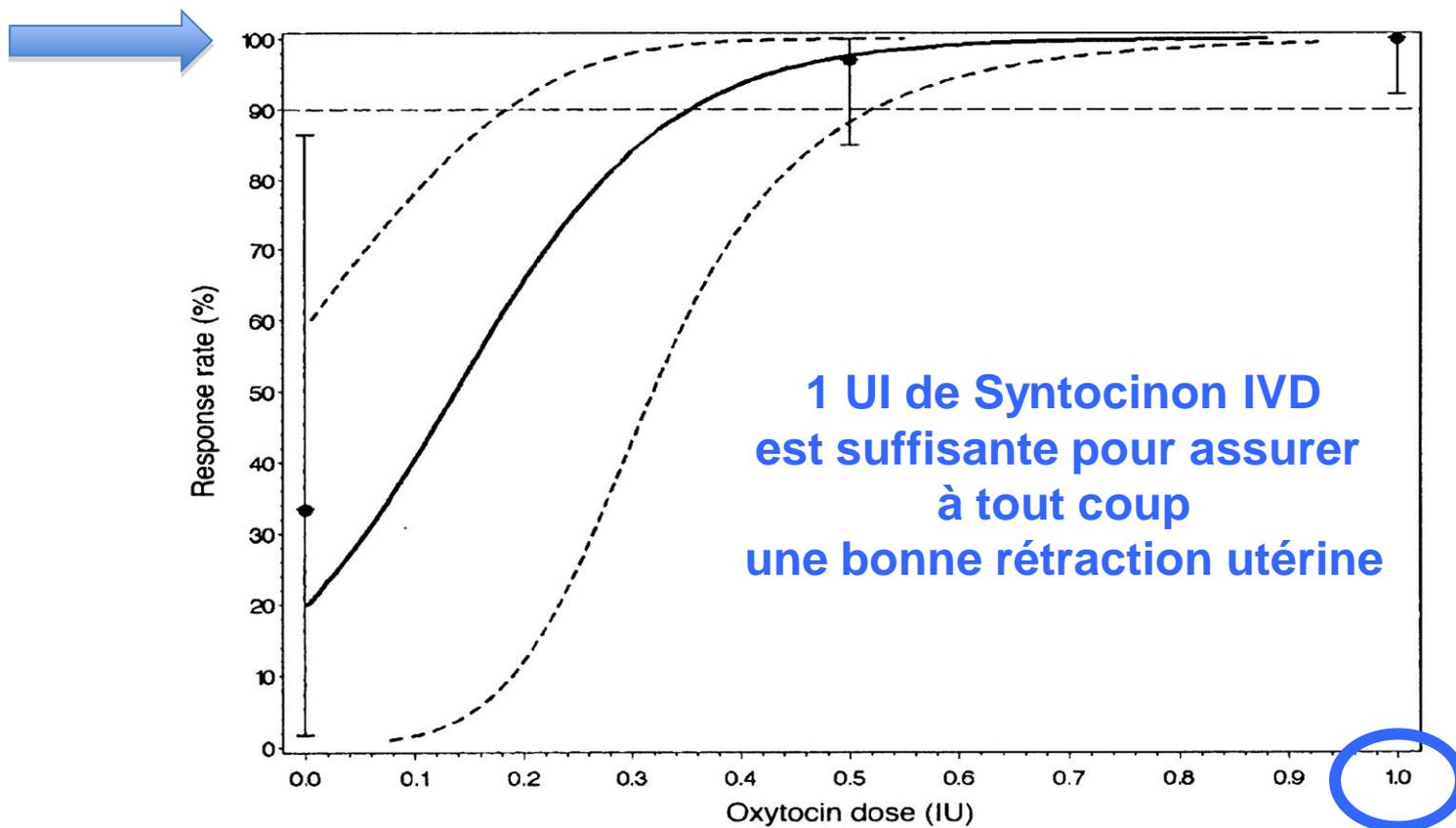
- 67% en 44"

(IC: 121-139 ↘ 84-106)

Oxytocin requirements at elective cesarean delivery: a dose-finding study

Carvalho JC et al. Obstet Gynecol 2004; 104: 1005-10

ERSA (n=40) d'évaluation clinique de la rétraction utérine



L'avis des experts CRCI

- La complication: « **rachianesthésie totale** »
 - Déplorent l'absence d'appel du pédiatre en ante natal
- **Responsabilité entière du MAR**
 - **Contradictions** « nombreuses »...
 - Déclarations douteuses / rares écritures / témoignages...
 - **Rachianesthésie**
 - « Sur-risque » démontré de RA après APD
 - Niveau de ponction et dose injectée
 - **Défaut de surveillance anesthésique**
 - Absence de feuille dédiée
 - « Abandon » de la patiente lors d'une phase à risque

La décision de la CRCI

- **100% de responsabilité pour le MAR**
 - Pas de responsabilité du GO ni de la SF ni de la structure
 - Pas de raison d'appeler systématiquement un pédiatre pour une césarienne, même non programmée
 - Pas de raison « obstétricale » de craindre un mauvais état NN
 - // à l'état hémodynamique maternel?
 - Maternité de type 1 : pas d'obligation de présence sur place du pédiatre
 - Demande d'indemnisation provisionnelle par assureur
 - **# 6,5 M€** (indemnisation finale très probablement supérieure...)

LE problème :

Le plafond de garantie du MAR est de 3M€

Donc :« qui va payer ?... »

Procédure civile parallèle

- **Expertise TGI (2007)**

- Faits et interprétation des faits identiques
- Conclusions des experts (différents)
 - « *Les pratiques anesthésiques sont à l'évidence en cause* »
 - « *On ne peut cependant pas éliminer une embolie amniotique* » ...
 - Dires et rapports critiques des parties

- **Décision du TGI**

- Responsabilité « pleine et entière » du MAR
- **Appel** de la décision / Rejet de l'appel
- **Pourvoi en cassation (01/2012)...**

Particularités juridiques des anesthésies obstétricales ?...

- **L'accouchement** : « un acte médical » ou « un évènement physiologique, un moment de la vie » ?...
 - R: évènement de la vie (*pas d'info médicale requise sur les risques de l'accouchement spontané en présentation céphalique par voie basse*)
 - Informations pour : déclenchement, siège, VBAC, GG...
- Quid d'une « **anesthésie sans pathologie** » ?
 - Seule réponse adaptée à une demande d'analgésie efficace
 - Pas (*ou peu*) de droit à l'erreur (donc: info)

« Primum non nocere »!... Hippocrate
- *Quid des demandes de césarienne sans indication ? (HAS 2012)*
- *Quid des accouchements dans les MDN, à domicile ?...*

Conclusions et messages...

- **Culture de l'écrit « pertinent »...**
 - Évaluation objective des bénéfices et des risques
- **Rôle majeur du « relationnel »**
 - Informations (avocats, indemnisation propre)
- **Prise en charge des complications**
 - Récupération / atténuation des conséquences
- **FMC des professionnels de santé**
 - Obligation réglementaire depuis 1996 (Juppé)
 - Et légale depuis 2002 (Kouchner)...



Merci à tous...

