

# **Les risques obstétricaux**

- **L'Obstétrique : profession exposée**
  - les chiffres des compagnies d'assurance
  - l'évolution dans un service de type III
- **Les « spécificités » de l'Obstétrique**

**Sou médical**

**MACSF**

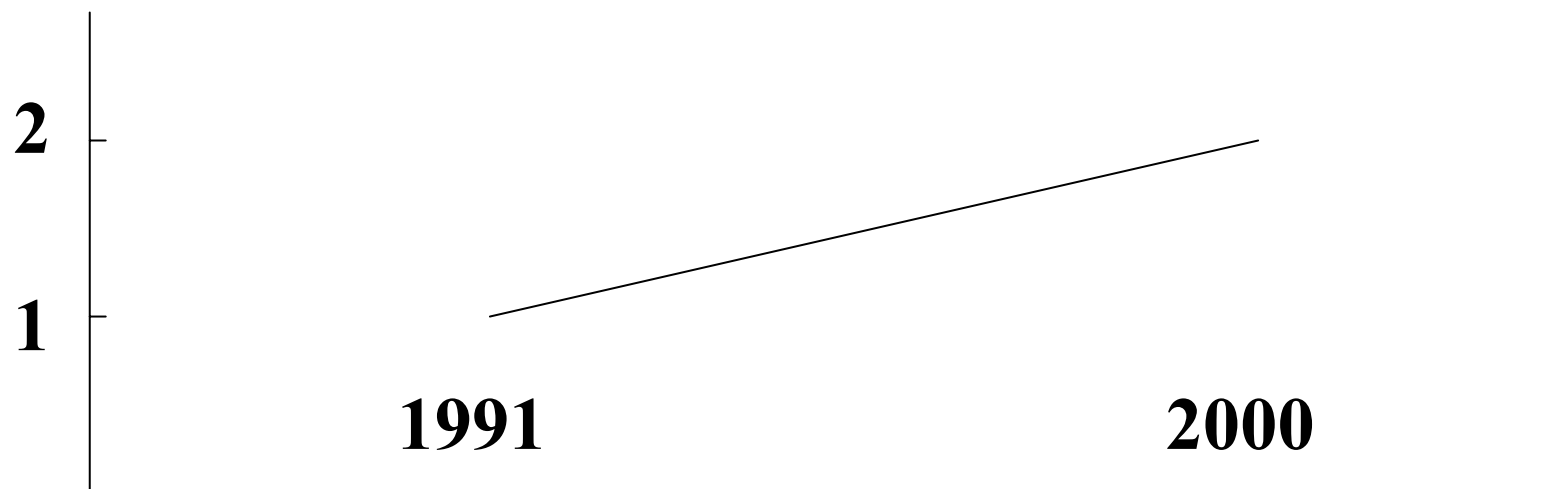
**Sinistralité des Médecins**

**1991-2000**

**Tous exercices et spécialités confondus**

**%**

**( + 0.18 % par an )**



# Gestion des risques obstétricaux

- **Rapport 2001 Groupement Assurances Mutuelles Médicales (Mutuelle d'Assurances du Corps de Santé Français et le Médical) :**

**2001 : 3720**

- **3347 déclarations concernant des dommages corporels**
- **373 déclarations concernant des dommages matériels**

**participation du GAMM : 2255 déclarations de dommages corporels :**

- **230 plaintes pénales**
- **386 plaintes ordinaires**
- **578 assignations en référé**
- **775 réclamations orales, écrites ou par mandataire**

**Quelle est la place de l'obstétrique ?**

**Sou Médical**

**MACSF**

**20 000 sinistres/an**

**300 millions Euros**

---

**Spécialité**  
**(exercice libéral)**

**Mises en cause prévisibles**  
**(35 ans exercice professionnel)**

---

**Chirurgie**

**9 par spécialiste**

**Anesthésie**

**7**

**Obstétrique**

**4**

**Moyenne**

**0.8**

**Cardiologie**

**0.8**

**Médecine Générale**

**0.4**

# Sou Médical

# MACSF

**20 000 sinistres/an**

**300 millions Euros**

	< 1 million	> 1 million
Gynéco-Obstétrique	48 %	52 %
Chirurgie	89 %	11 %
Autres médecins	92 %	8 %

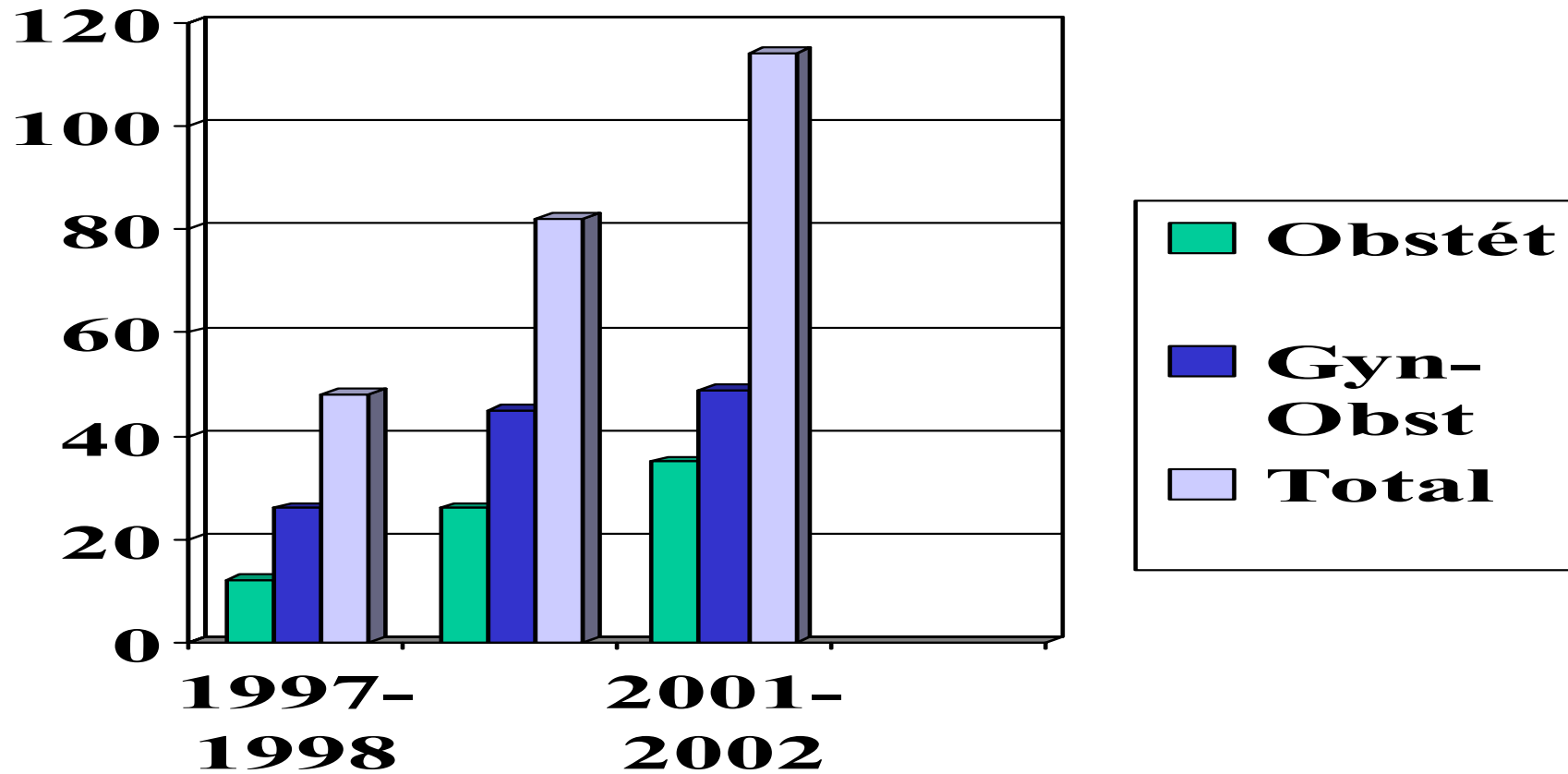
# **Bilan cellule contentieux CHRU Lille Année 2002**

- **Dossiers accidents corporels ouverts :** **170**
- **Accidents sans réclamation déclarés à l'assureur** **49**
- **Fiches d'évènements indésirables (sans déclaration)** **137**
- **Dossiers entretien et mission de conciliation** **24**
  - dont la déclaration a été faite auprès de l'assureur** **16**
- **Transactions accidents corporels + indemnisation** **3**
  
- **Dossiers accidents matériels :** **110**

**Gestion des risques obstétricaux**  
**Hôpital Jeanne de Flandre**  
**Déclarations : Contestations, Litiges, Plaintes**

<b>Année</b>	<b>1997</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>Total</b>
<b>Obstétrique</b>	<b>3</b>	<b>9</b>	<b>12</b>	<b>14</b>	<b>13</b>	<b>22</b>	<b>16</b>	<b>77</b>
<b>Gyn-obst</b>	<b>5</b>	<b>21</b>	<b>23</b>	<b>22</b>	<b>17</b>	<b>32</b>	<b>23</b>	<b>143</b>
<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>29</b>	<b>43</b>	<b>39</b>	<b>44</b>	<b>70</b>	<b>48</b>	<b>292</b>

# Hôpital Jeanne de Flandre





# Gestion des risques obstétricaux

- **Bilan de la Clinique d'Obstétrique**

- **Contestations : 34**

- **Litiges : 39**

- **Plaintes : 13**

- Problème chirurgical 3**

- Problème infectieux 2**

- Erreur diagnostic échographique 2**

- Défaut de surveillance 1**

- Anesthésie péridurale 1**

- Autres 2**

- **Demandes de dossiers**

- 2002 : 22 dossiers sur l'année**

- 2003 : 45 dossiers sur 6 mois**

# **Fiches d'Evènements Indésirables Hôpital Mère-Enfant CHRU Lille**

	<b>2001</b>	<b>2002</b>
<b>Complications</b>	<b>28</b>	<b>22</b>
- Actes diagnostiques :	<b>4</b>	<b>5</b>
- Gestes thérapeutiques	<b>24</b>	<b>8</b>
- Autres	<b>0</b>	<b>9</b>
<b>Incidents liés à des activités hospitalières</b>	<b>115</b>	<b>61</b>
<b>Autres</b>	<b>218</b>	<b>155</b>
<b>Total</b>	<b>361</b>	<b>238</b>

# Les risques obstétricaux

- **L'Obstétrique est soumise à la typologie des « risques » qui touchent à l'exercice médical**

**mais avec des spécificités que sont :**

- **une gestion permanente du risque :**

**la grossesse et l'accouchement comportent dans les conditions normales un risque, et débuter une grossesse même dans des conditions normales, c'est donc accepter la survenue d'un événement imprévisible ou peu prévisible.**

**La prise en charge de la grossesse est donc en quelque sorte le modèle de la gestion d'un risque et d'ailleurs la politique de santé publique qui est adoptée pour la femme enceinte peut s'orienter vers des prises en charge différentes à la fois dans le temps et/ou d'un pays à l'autre.**

# **Spécificité de l'Obstétrique**

## **Maîtrise difficile des connaissances :**

**de plus en plus importantes et rapidement évolutives : la gynécologie obstétrique est une spécialité à la fois médicale, chirurgicale et... obstétricale.**

**La Médecine Fœtale est dans la phase de la construction d'un savoir en devenir : échographie, imagerie**

**Connaissance de risque dont la « reconnaissance » est difficile ( par le médecin, les tutelles, la société ) :**

**Alcool et grossesse : le risque d'alcoolisation foetale est connu depuis 30 ans.**

**Quelle est la formation ?**

**Quelle est l'information ?**

**Quelles ont été les mesures réelles de prévention ?**

**Spécificité de l'Obstétrique :**

**« difficulté » inhérente à la fécondation :**

**l'obstétrique doit gérer deux vies donc trois risques : risque pour la mère + risque pour le fœtus et/ou le nouveau-né + risque de conflit d'intérêt mère-enfant**

**conflit d'intérêt :**

**- choix entre un accouchement par voie haute/voie basse chez une patiente à risque chirurgical car multi-opérée alors que le risque pour le fœtus est plus important par voie basse.**

**- indication d'extraction fœtale dont l'indication se discute sur le plan maternel alors que l'extrême prématurité est à haut risque de décès néonatal ou de séquelles à long terme**

# Gestion des risques obstétricaux

## Conflit d'intérêt

- **La gestion du risque pose inévitablement, la question du risque acceptable versus le risque inacceptable et de l'acceptabilité pour qui : la mère, l'enfant ?**
- **La dystocie des épaules et sa complication, l'élongation du plexus brachial, est un exemple de cette problématique**

# Gestion des risques obstétricaux

- **Un exemple : La dystocie des épaules**

**Statistiques de la MACSF**

- 1983----1990 :	14 (1.7/an)
- 1991----1996 :	21 (3.5/an)
- 1997----2000 :	17 (4.2/an)
- 2001----2002 :	13 (6.5/an)
- Total :	65

- Décès :	6
- Anoxie-IMC :	5
- Fracture humérus :	2
- Elongation du plexus brachial :	54



# **L'élongation du plexus brachial (EPB) liée à une dystocie des épaules (DE)**

**fréquence : de la DE : 1%**

**de l'EPB en cas de DE : 6-35 %**

**gravité : risque définitif d'EPB : 6.7 %**

**mortalité lié à la DE : 2 à 4 / 100 000 naissances**

# Macrosomie fœtale et dystocie des épaules

**Macrosomie fœtale : poids > 4000 gr.**

**- 4000-4500 gr. = 6.1 %**

**- > 4500 gr. = 0.8 %**

***Gestion du risque : diagnostic***

**Résultats selon que la M. était prédite ou non avant la naissance**

	<b>Prédite</b>	<b>Non Prédite</b>
<b>Césarienne</b>	<b>52 %</b>	<b>30 %</b>
<b>Déclenchement</b>	<b>42 %</b>	<b>26 %</b>
<b>Echec déclencht.</b>	<b>60 %</b>	<b>33 %</b>
<b>Dystocie épaules</b>	<b>11.8 %</b>	<b>11.7 %</b>

# Macrosomie fœtale et dystocie des épaules

## *Gestion du risque : prévention : la césarienne*

- mais pour éviter une EPB il faut pratiquer 3695 césariennes inutiles lorsque le poids fœtal estimé est  $>$  à 4500 g. et 2345 césariennes inutiles pour un poids fœtal estimé  $>$  à 4000 g.
- et la mortalité maternelle césarienne/voie basse multipliée par 6.2, risque relatif de décès en cas de césarienne par hémorragie grave : 21.0. Risque de morbidité maternelle grave pour les césariennes entre 20 et 40 pour 1000.
- ainsi pour 3.2 EPB évitées un décès maternel par complication de césarienne

**Spécificité » de l'Obstétrique :**

**La complexité qui génère ou augmente les erreurs systémiques :**

**travail d'équipe associant toujours l'obstétricien, la sage-femme et l'anesthésiste**

**travail pluridisciplinaire pour les pathologies maternelles et le diagnostic anténatal**

**travail en réseau (périnatal, ville-hôpital)**



**Nécessaire identification des responsabilités en toute objectivité et toute transparence**

### **3° exemple gestion des risques : la complexité**

#### **Hémorragie de la délivrance : le constat, les mesures**

- L'hémorragie de la délivrance, véritable problème en France, est un exemple de la possible traçabilité de la « gestion du risque ».**
- A chaque niveau de prise en charge, de l'individuel à l'institutionnel répond une responsabilité, un contrôle possible et donc une « correction ».**

# Hémorragie de la délivrance

## Etude rétrospective

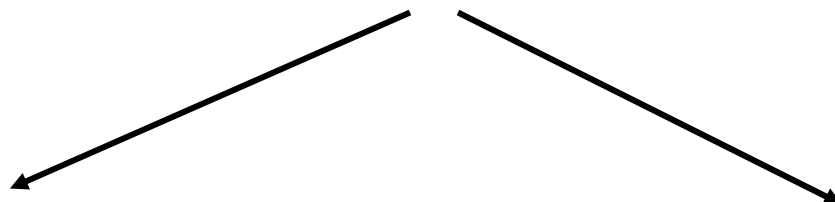
Année 1997

4402 accouchements



Pertes sanguines > 500 cc

332 cas = 7,54 %

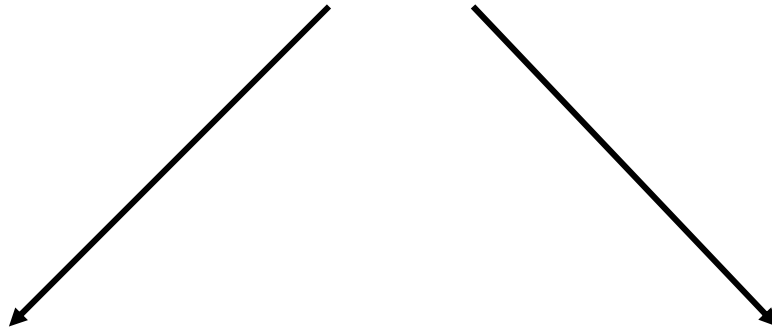


167 voies basses  
51,9 % des H.P.P.  
**4,6 % des V.B.**

165 césariennes  
48,1 % des H.P.P.  
**19,3 % des césariennes**

# Hémorragie du post-partum

**Hémorragies > 1000 ml**  
**58 patientes**



**0,6 % des voies basses**

**4,3 % des césariennes**

# Hémorragies graves / Recours ultimes

janvier 1997 - janvier 2002

**Hémorragies graves > 1000 ml**

**368 cas soit 1,64% des accouchements**



**20 % Recours ultimes**

<b>HST</b>	<b>26</b>
<b>ligatures vasculaires</b>	<b>7</b>
<b>Embolisations</b>	<b>42</b>



# HPP - Recours ultimes étiologies

- <b>Atonie</b>		<b>63,4 %</b>
- <b>Placenta accreta</b>		<b>16,9 %</b>
- <b>Lésions filière génitale</b>		<b>8,4 %</b>
- <b>Ruptures utérines</b>		<b>2,81%</b>
- <b>Autres</b>	<b>Inversion</b>	<b>1,4 %</b>
	<b>Môle</b>	<b>1,4 %</b>
	<b>Emb. amniotique/ CIVD</b>	<b>1,4 %</b>
	<b>G. isthmique</b>	<b>1,4 %</b>
	<b>Myomes</b>	<b>1,4 %</b>

# CARACTERE EVITABLE DES DECES DE CAUSE OBSTETRICALE

Causes principales de décès	Nb de cas	Décès évitables				
		Oui	Peut-être	(%)	Non	Conclusion Impossible
<b>Causes obstétricales directes</b>	<b>97</b>	<b>44</b>	<b>15</b>	<b>(61)</b>	<b>31</b>	<b>7</b>
<b>Hémorragies</b>	<b>31</b>	<b>23</b>	<b>4</b>	<b>(87)</b>	<b>3</b>	<b>1</b>
Embolies amniotiques	16	0	0	-	16	0
Autres embolies & maladies thrombo-emboliques	11	3	1	<b>(36)</b>	6	1
Maladies hypertensives	20	6	7	<b>(65)</b>	6	1
Infections	10	7	1	<b>(80)</b>	0	2
Autres causes directes	9	5	2	<b>(78)</b>	0	2
<b>Causes obstétricales indirectes</b>	<b>26</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>(31)</b>	<b>18</b>	<b>0</b>
<b>Toutes causes</b>	<b>123</b>	<b>50</b>	<b>17</b>	<b>(54)</b>	<b>49</b>	<b>7</b>

# Gestion des risques obstétricaux

## **l'hémorragie de la délivrance et du post-partum**

- **Les différents niveaux d'identification, de prise en charge, d'anticipation, d'organisation :**
  - **Au niveau Individuel :**  
**qualité et compétence de l'intervenant (qualité de la formation, respect des protocoles)**
  - **Au niveau du Service :**  
**contrôle au « staff » quotidien : dysfonctionnement, rapport, déclaration, mise au point, simulations.**
  - **Au niveau Régional :**  
**diffusion des protocoles, contrôle de l'organisation – cession de sang, protocoles de transfert, cercle de qualité**

# **Au niveau national**

-

## **Comité National d'Expert Mortalité Maternelle : analyse des dossiers, recommandations, diffusion**

**Cause principale : la perte de temps, diagnostic trop tardif**

**Rappel :**

- l'hémorragie de la délivrance peut rapidement s'aggraver et les pertes sanguines être équivalentes à celles engendrées par une plaie de l'artère fémorale**
- la surveillance d'une femme qui vient d'être accouchée doit être extrêmement vigilante avant la délivrance et dans les 2 heures qui suivent celle-ci**
- les pertes sanguines doivent être objectivement évaluées et non approximativement appréciées**
- le dispositif médical nécessaire à la mesure du taux d'hémoglobine doit être accessible en salle de naissance**
- en cas d'hémorragie grave, l'administration de concentrés globulaires doit être mise en place très rapidement**

# RECOMMANDATIONS

## HEMORRAGIES DE LA DELIVRANCE

### Rappel :

- après la délivrance, une révision de la cavité utérine s'impose, suivie de l'injection d'ocytociques. Si l'hémorragie persiste examen sous valve
- en cas d'atonie persistante, la répétition des révisions utérines est inutile et fait perdre un temps précieux
- l'utilisation des prostaglandines doit être entreprise rapidement (15 min.) en cas d'échec des ocytociques
- en cas d'échec des mesures prises au cours de ces différentes étapes, il ne faut pas hésiter à poser rapidement l'indication d'une ligature des artères hypogastriques ou d'une hystérectomie d'hémostase.
- l'embolisation des artères hypogastriques ne sera envisagée que si l'équilibre hémodynamique permet un transfert dans un service de radiologie interventionnelle, si celui-ci est à proximité de la salle de travail et s'il dispose d'un service de garde

# **Protocole : HEMORRAGIE DE LA DELIVRANCE - Août 2001**

## **DEFINITION**

HEMORRAGIE DE PLUS DE **500 ml** DE LA ZONE D'INSERTION  
PLACENTAIRE

## **DIAGNOSTIC**

**RECUEIL SYSTEMATIQUE DANS LE SACHET**

**MIS EN PLACE IMMEDIATEMENT APRES L'ACCOUCHEMENT.++++**

## **CONDUITE A TENIR**

- Mise en route de la **feuille de réanimation** des hémorragies de la délivrance
- **Appeler** à la rescousse
- 3** - Mettre une **deuxième voie veineuse**

## RESSOURCES ULTIMES

**1 - embolisation** : Si hémodynamique stable, et en fonction de l'histoire obstétricale

**- Qui contacter :**

Pendant les heures ouvrables : **le Dr.BEREGI : poste 45209, 45207, 45482**

Qui appelle le surveillant de neuroradiologie pour la salle

En dehors des heures ouvrables : **le radiologue vasculaire d'astreinte**

qui passe par le manipulateur radio de salengro pour la salle

**Médecin radiologue vasculaire (Radio-cardio CHRU) : Alphapage n° 301 45 86**

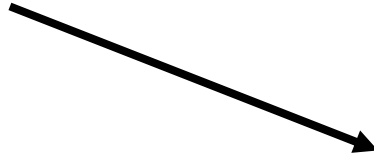
**Liste des astreintes médecins radio vasculaires affichées au PC sage-femme- blo obst.**

**- Prévoir le transport accompagné par l'obstétricien, l'anesthésiste et l'infirmière anesthésiste au bloc de radiologie interventionnelle de l'hôpital Salengro. Le délai d'arrivée des manipulateurs est de 30 mn, la réalisation du geste en lui même dure une heure.**

**2 - LAPAROTOMIE** : Dans les autres situations, **LIGATURE DES ARTERES UTERINES OU hystérectomie d'hémostase.**

# **Gestion des risques obstétricaux**

- **Identification**
- **Organisation médicale et para médicale**
- **Anticipation**



- **Travail d'équipe**
- **Pluridisciplinarité**
- **Vigilance**
- **Volonté**



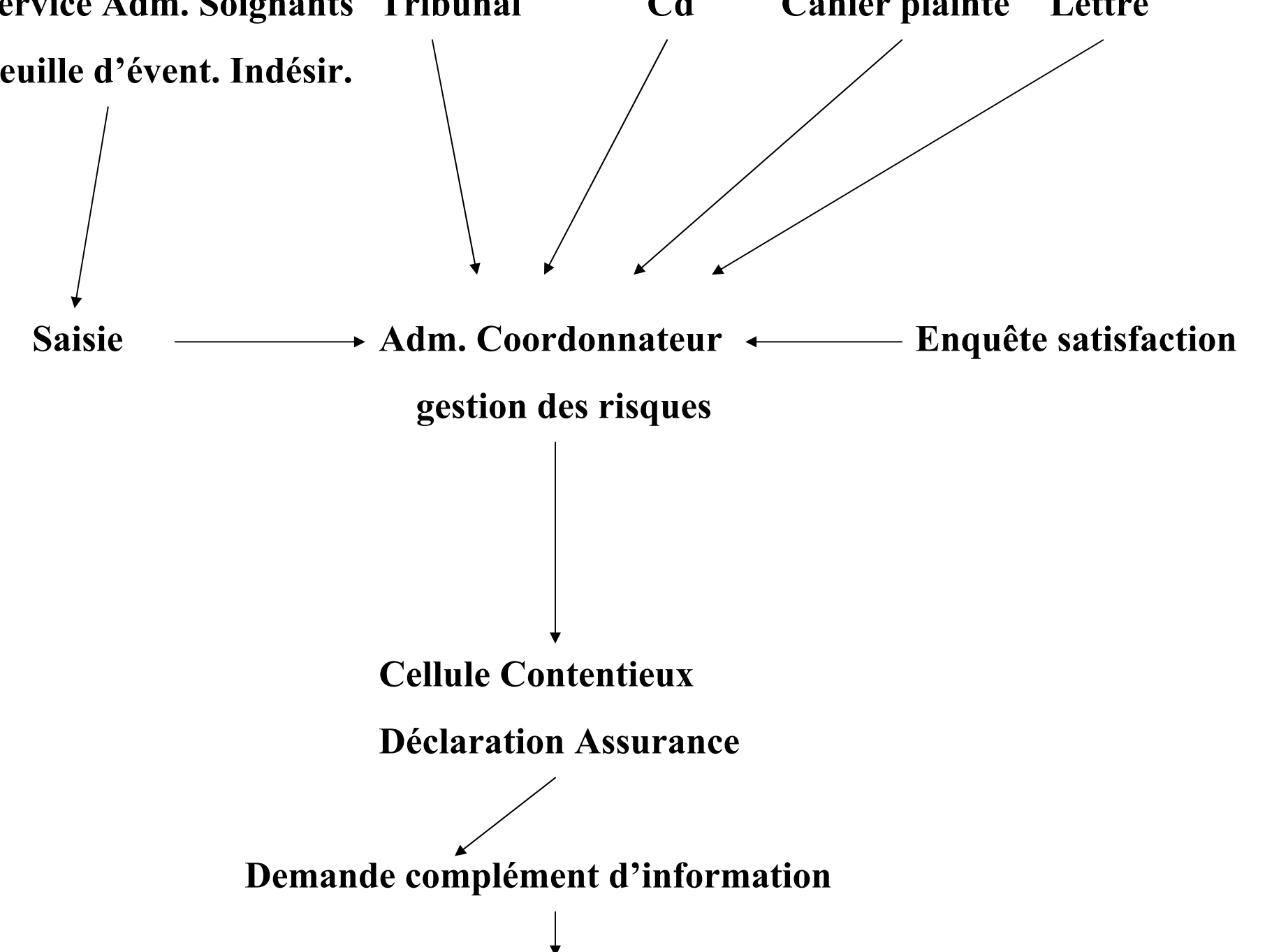
- **Le médecin a une connaissance (et une information) insuffisante du droit médical mais aussi de ses obligations.**
- **La gestion du risque et le développement d'une culture de gestion du risque est une évolution qui s'impose.**
- **Pour développer une culture de gestion des risques, une action déviante de la norme doit être examinée indépendamment de la responsabilité de l'individu.**
- **Pour développer une réflexion sur la prévention des risques, 2 postulats :**
  - **la survenue d'un événement indésirable n'est pas le fruit de la malchance et aurait pu être évitée**
  - **la survenue d'un événement indésirable ne tient pas seulement au fait que les professionnels de santé commettent des erreurs, elle tient aussi et surtout à la difficulté de l'institution à organiser des soins.**

**Ceci nécessite que soit promu en gage de qualité et de progrès l'identification de tous les « problèmes » par une déclaration et surtout par une « cellule de crise », à chaque fois qu'un tel évènement survient, qui doit permettre une réflexion constructive et qui doit se concrétiser par une modification de protocole et sa diffusion.**

**A quel niveau se situe la séparation du risque acceptable du risque peu acceptable ou pas acceptable, cela peut être une question de société, de politique de santé publique mais cela restera toujours une question individuelle qui sera posée par chaque patiente et même peut-on dire à chaque patiente.**

# Gestion de la crise

- **Etablir ou maintenir une communication pour limiter le risque médico-légal :**
  - **établir un contact permanent, informer, assumer**
  - **fournir des explications claires : mieux vaut évoquer une erreur ou un incident qui n'aura pas de suite et que l'on aurait pu occulter que de ne pas donner d'explications en temps utile sur une erreur qui se trouvera engendrer un préjudice**
  - **informer les médecins et autres services**
- **Préparer d'éventuelles suites médico-légales :**
  - **réunir tous les éléments du dossier**
  - **organiser une réunion de synthèse**
  - **signaler l'incident ou l'événement indésirable**



- **Notion de risque acceptable :**

**L'acceptabilité est peu corrélée à l'intensité du risque.**

**Un risque est davantage acceptable lorsqu'il est choisi et non Subi.**

**Le niveau d'exigence est de plus en plus élevé, l'obligation de moyens se transforme peu à peu en obligation de résultat.**

**L'acceptabilité du risque technique renvoie à l'idée d'un risque calculé en fonction d'un rapport risques/bénéfices.**

**L'acceptabilité du risque doit être éclairée par une information sur les risques fréquents et graves normalement prévisibles.**