



Sommaire :

- 1/Retard de prise en charge d'une hémorragie du post partum
- 2/ Retard à la réalisation de la réanimation d'un nouveau-né lors d'une césarienne.
- 3/ Retard à l'extraction d'un nouveau-né lors d'une césarienne en urgences.

Le nombre d'accouchements est resté élevé en France tout au long des années 2000 – avec 35 000 naissances de plus en 2009 qu'en 2003 – et il a augmenté dans presque toutes les régions. En 2010, les maternités ont réalisé 777 000 accouchements en métropole .

Depuis 2003, le nombre de maternités est ainsi passé d'environ 600 à un peu plus de 500 en France métropolitaine. Ces fermetures s'ont accompagné de réorganisations qui ont renforcé le nombre des maternités de type III (7 de plus entre 2003 et 2010 d'après l'ENP), tandis que le nombre de maternités de type I s'est réduit de 64 entre 2003 et 2010. Désormais la moitié des maternités (49 %) sont de type I (unité d'obstétrique), 23 % de type IIA (équipement de type I avec un service de néonatalogie sans soins intensifs), 16 % de type IIB (équipement de type I avec un service de néonatalogie

et 12 % sont de type III (équipement de type IIB avec un service de réanimation néonatale).

Ainsi, conformément au décret n° 98-900 du 9 octobre 1998 codifié en 2005, le bloc de chirurgie obstétricale où sont réalisés les césariennes est de plus en plus souvent situé où se trouve la maternité, y compris pour les maternités de type I pour lesquelles cette part est passée de 4 % à 2 % entre 2003 et 2010. De plus, le bloc de chirurgie obstétricale est le plus souvent implanté en 2010 dans le secteur naissance lui-même ou lui est le plus souvent contigu . Ce sont dans les maternités de types I et II que le plus de progrès restent à faire : **40 % des maternités de type I et le quart des établissements de type II ne disposent pas d'un bloc contigu**. La maternité est équipée d'une unité de néonatalogie dans le service même dans près des deux tiers des maternités de types II et III, contre moins de la moitié en 2003. Quand il y a une unité de néonatalogie, 70 % des maternités disposent alors d'une unité kangourou, quel que soit le type de la maternité.

**Enfin, près de huit établissements sur dix ont une salle de réveil disponible**

## Fiche Reflexe : Retard de la prise en charge lors de l'accouchement.

### Quelques chiffres et aspects réglementaires du fonctionnement des maternités.

#### DRESS

[Les maternités en 2010 - Premiers résultats de l'enquête nationale périnatale](#) [06/10/2011]

Études et résultats N° 776, octobre 2011

[La situation périnatale en France en 2010 - Premiers résultats de l'enquête nationale périnatale](#) [06/10/2011] Études et résultats N° 775, octobre 2011

#### 24 heures sur 24 sur le site de la maternité et une unité de surveillance continue.

Un service de réanimation pour adultes est présent dans huit maternités sur dix de types IIB et III et dans un quart des maternités de type I.

En Aquitaine en 2010, on note la poursuite d'une augmentation progressive et régulière des accouchements et des naissances, avec : 34 904 accouchements et 35 652 naissances.

**La moitié de ces accouchements et de ces naissances ont lieu en maternité de type I.** Un seul établissement a réalisé moins de 300 accouchements.

Les sorties précoces, décrites pour la première fois en 2011, ont été suivies.

Elles ont été définies comme

- un séjour inférieur à 3 jours pour les accouchements par voie basse sans complications,
- un séjour inférieur à 5 jours pour les accouchements par césarienne sans complications,
- un séjour inférieur à 3 jours pour les naissances d'un nouveau-né de poids supérieur à 2 500 grammes sans problèmes significatifs.

Elles augmentent régulièrement, notamment pour les

césariennes.

Elles restent plus fréquentes pour les accouchements par voie basse au sein des maternités de type III (5,5% de ces séjours) et représentent globalement 2,9% de ce type d'accouchement dans toute la région.

Pour les césariennes sans complications, cela concerne en premier lieu les maternités de type II (19,9% de ces séjours) et dans l'ensemble 9,7% des césariennes.

Pour les séjours des naissances de nouveau-nés sans problème significatifs et de poids de naissance supérieur à 2500 grammes, les sorties précoces représentent 4,9% de l'ensemble des séjours de la région, et 8,4% en type III où ils sont les plus fréquents.

Les accouchements eutociques par voie basse représentent 2/3 des naissances de la région et ont lieu le plus souvent dans les établissements de type I.

Les maternités de type II et III semblent en réaliser un peu moins chaque année avec une baisse de 4 à 6% environ depuis 2000. Cela correspondrait à une meilleure répartition des services rendus, et plus adaptée aux moyens.



« ...l'hypovolémie est toujours patente... »



## FICHE REFLEXE : RETARD DE LA PRISE EN CHARGE LORS DE L'ACCOUCHEMENT.

### 1/ Retard de prise en charge d'une hémorragie du post partum

Une jeune femme de 36 ans est suivie pour une seconde grossesse. Une césarienne est programmée pour le 26 septembre après une consultation le 24 septembre pour dépassement du terme ; au cours de cette consultation, le score de Bishop est défavorable. Le 26 septembre, la césarienne est réalisée à 8h15. A 8H43 naissance d'un nouveau né de 4815 g. Une délivrance artificielle et une révision utérine sont pratiquées. En fin d'intervention les pertes sanguines sont estimées entre 500 et 800 ml. La parturiente est accueillie en salle de surveillance post interventionnelle (SSPI) à 9h35 et une autorisation de sortie de SSPI est accordée et signée à 10h30. A 12h35 la patiente, dans sa chambre, présente un malaise avec hypotension et pertes sangui-

nes importantes. L'obstétricien et le médecin anesthésiste (MAR) sont informés et décident d'une reprise chirurgicale au bloc opératoire à 14h45. Une triple ligature vasculaire utérine est réalisée. La patiente reçoit 2 culots globulaires (CGR), 1 plasma frais congelé (PFC) et 1,5 g de Clotfact® durant l'intervention. Le chirurgien a mis en place deux drains de Redon (Redon n°1 en sous péritonéal et Redon n°2 dans le décollement pariétal). A 16h05 la patiente est admise en SSPI où elle reçoit un PFC. Les pertes sanguines dans les drains de Redon sont estimées à plus de 600 ml, l'hypovolémie est toujours patente avec tachycardie et tension artérielle à 80/50 mmHg. Malgré ces faits une autorisation de sortie de SSPI est signée. La patiente est transférée en

service de soins continus (USC). La patiente est transfusée avec 2 CGR. L'hypovolémie s'aggrave et un arrêt circulatoire est pris en charge, imposant à 21h15 la reprise au bloc opératoire pour effectuer une hystérectomie d'hémostase devant un hématome pariétal important et un saignement en nappe diffus. Durant l'intervention la patiente est transfusée avec 1 CGR et 3 PFC. Une perfusion de 1g5 de Clotfact® est injectée. L'intervention se termine à 22h50. L'équipe médicale décide le transfert par SAMU au CHU proche, car l'hypovolémie n'est pas corrigée.

La patiente est prise en charge à la maternité du CHU. Le bébé est transféré le lendemain. Les suites opératoires sont sans complications.

### La problématique de la surveillance des patientes césarisées....

Un des facteurs latents de ce retour d'expérience est l'imprécision ou même l'absence de la définition de l'organisation de la prise en charge des patientes ayant bénéficiée d'une césarienne...en effet, la surveillance des parturientes en SSPI par du personnel qualifié et formé de SSPI ne se concentre pratiquement que sur la qualité du réveil, la levée des effets des agents d'anesthésie et la vigilance portée sur les constantes hémodynamiques, respiratoires, neurologiques et la douleur. La connaissance des critères spécifiques de la

surveillance obstétricale n'étant pas acquise, le personnel de SSPI se focalise sur le contrôle des paramètres de réveil. A l'opposé, la surveillance des parturientes en service de maternité par les sage femmes se concentre sur les données obstétricales, notamment pour les femmes ayant séjournées en SSPI...Puisqu'il y a eu autorisation à sortir de SSPI, les paramètres vitaux sont à priori compatibles pour une surveillance plus espacée. Les sages femmes n'étant pas formées à la surveillance spécifique des patientes en phase de ré-

veil post anesthésique, elles se focalisent sur le contrôle des paramètres obstétricaux ...

Dans ce cas l'absence de procédure de conduite à tenir face à une hémorragie du post partum, et la multiplicité des acteurs prenant en charge la patiente de façon segmentée ne facilitent pas la détection, la récupération et l'atténuation de cet événement.

## 2/ Retard à la réalisation de la réanimation d'un nouveau-né lors d'une césarienne programmée.

Une jeune femme de 35 ans est hospitalisée dans le service de maternité, pour une césarienne programmée. Cette patiente a déjà bénéficié de 2 césariennes pour souffrance fœtale. Au cours de l'échographie de référence pratiquée à 28 semaines d'aménorrhée, un aspect « limite » des ventricules cérébraux latéraux est retrouvé. Le dossier de la patiente est donc présenté en staff de diagnostic prénatal, lequel décide la poursuite de la prise en charge au sein de l'établissement (type I).

La maman est accueillie la veille de la césarienne (à terme). Le matin de l'intervention, la césarienne est retardée car l'aide opératoire est en congés. De plus, des travaux programmés dans la salle d'intervention dédiée n'ont pas été communiqués à tous les intervenants. Le cumul de ces deux dysfonctionnements est à l'origine d'un retard d'une heure dans le début de la réalisation de la césarienne. Lors de la césarienne et de l'extraction du nouveau-né, une sage femme est appelée pour effectuer les soins mais

elle aussi n'est pas prévenue du changement de lieu. Elle se rend donc au bloc obstétrical et constate qu'il est en travaux. Elle cherche la salle d'intervention dans le bloc « central » et arrive à temps pour prendre le nouveau né en charge. Mais elle constate alors que la table de réanimation néonatale n'est pas dans le bloc. Elle demande immédiatement la table. L'enfant est hypotonique, cyanosé et bradycarde, le score d'Apgar à la première minute de vie est de 4. La sage femme stimule le nouveau né par massages et remarque que l'enfant a un faciès particulier (plagiocéphalie, oreilles mal ourlées et présence de glaires abondantes, épaisses et jaunâtres). L'Apgar à 5 minutes est de 5. L'obstétricien pendant ce temps attend les fils appropriés pour terminer l'intervention car ils ne sont pas disponibles dans cette salle. La table de réanimation néonatale est installée à 6 minutes de vie et le pédiatre est demandé en renfort. L'enfant est ventilé au masque à l'air ambiant, puis devant l'impossibilité des

aspirations nasales (atrésie des choanes), les soignants poursuivent la ventilation jusqu'à l'arrivée du pédiatre. A 10 minutes l'Apgar est à 6 et le pédiatre arrivé, constate des gasps, une bradycardie, et l'hypotonie. L'enfant est intubé, puis un massage cardiaque externe est réalisé. L'enfant devient plus tonique. Le pédiatre pose une voie veineuse mais une extubation accidentelle se produit. Le nouveau né est en respiration spontanée et est assisté au niveau respiratoire par une ventilation assistée par Néopuff®. Le SAMU pédiatrique est contacté ainsi que le réseau Périnatal.

A 31 minutes de vie, l'enfant présente une convulsion généralisée, avec apnée, hypoglycémie et hypothermie. Il est de nouveau intubé, et une prise en charge thérapeutique est mise en œuvre.

Il sera transporté par le SAMU pédiatrique à l'hôpital des enfants du CHU en réanimation néonatale.

L'enfant présente un syndrome CHARGE (Coloboma, Heart defect and development, Genital hypoplasia, Ear anomalies/deafness)



« des travaux programmés dans la salle d'intervention obstétricale dédiée n'ont pas été communiqués à tous les intervenants. »

### Le check-list en obstétrique.

[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/check\\_list\\_securite\\_cesarienne\\_hcl.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/check_list_securite_cesarienne_hcl.pdf)

## Coordination des différents acteurs et planification...

Dans ce retour d'expérience, nous pouvons retenir comme facteurs contributifs principaux les facteurs humains et organisationnels...

Tout d'abord, la planification des aides opératoires est réalisée par le secrétariat des gynécologues obstétriciens, mais sans les

avertir, ni le service de la maternité et donc les sages femmes. Ensuite des travaux sont programmés mais sans prévenir l'ensemble des acteurs travaillant au sein du plateau technique. Au final, la préparation du matériel chirurgical et du matériel de réanimation néonatale est incomplète ou inadéquate.

La détection et la récupération de l'absence de matériel de réanimation auraient été possible à condition que l'équipe du bloc opératoire réalise la check-list sécurité au bloc opératoire de façon adaptée. Et cela d'autant plus que la check list spécifique césarienne existe, depuis peu !





« La maternité, de type II b, ne possède pas de salle d'intervention obstétricale dans les locaux de la maternité..... »



### 3/ Retard à l'extraction d'un nouveau-né lors d'une césarienne en urgences.

Une jeune femme de 32 ans primipare, est hospitalisée à 3 heures du matin après un déclenchement spontané du travail au terme de la grossesse en prévision d'un accouchement par voie basse. Cette grossesse a été suivie mensuellement par un obstétricien de l'établissement. Au sixième mois de gestation, un diabète gestationnel a été découvert et équilibré par un régime alimentaire. Les échographies sont normales.

Pendant le travail, à 6h30 un ralentissement prolongé du rythme cardiaque fœtal précipite la réalisation d'une césarienne en urgence. La procédure dite « code rouge » est alors déclenchée à 6h41. La maternité de type II b, ne possède pas de salle d'intervention obstétricale dans les locaux de la maternité.

Les 2 sages femmes et l'obstétricien, contactent le médecin anesthésiste

de garde, qui appelle l'infirmière anesthésiste de garde, et préparent la patiente pour son transfert au bloc « central » de l'établissement.

L'équipe obstétricale alerte l'infirmière de bloc opératoire. La chambre de garde est éloignée et à l'extérieur du bâtiment de l'établissement. Une sage femme enlève le monitoring (6h46) pour transporter la parturiente au bloc opératoire.

La patiente est installée dans une salle d'intervention qui n'est pas celle dédiée aux urgences obstétricales, ce qui confronte l'équipe des difficultés d'installation correcte de la patiente (table à plateau transférable versus table conventionnelle) générant une sensation perte de temps.

Lors de l'extraction du nouveau-né à 6h55, celui-ci est en état de mort apparente, le score d'Apgar est à 0 la première minute.

L'une des sages femmes ventile manuellement l'enfant 1 minute. Le pédiatre vient d'arriver dans l'établissement. Il n'existe pas de garde sur place. Il prend en charge la réanimation du nouveau-né.

Cependant la ventilation est difficile, et une première tentative d'intubation à 5 minutes de réanimation se solde par un échec. De nouvelles tentatives de ventilation par système Néopuff® ne permettent pas d'obtenir d'amplication thoracique et une ventilation effective.

L'enfant ne présente pas de rythme cardiaque.

Une nouvelle tentative d'intubation permet la mise en place d'une sonde mais ne permettra pas d'obtenir de mouvements thoraciques ou une ventilation.

Le décès est prononcé après 22 minutes de réanimation infructueuse.

### La conformité des locaux...

L'Article D6124-41 du code de la Santé Publique livre I titre II Chapitre IV Section 1 précise que :

« le secteur de naissance dispose d'au moins une salle d'intervention de chirurgie obstétricale, qui permet, y compris en urgence, la réalisation de toute intervention chirurgicale abdomino-pelvienne liée à la grossesse ou à l'accouchement nécessitant une anesthésie générale ou locorégionale... »

« lorsque l'activité de l'unité est supérieure à 1 200 accouchements par an, la

salle d'intervention et celle de surveillance post interventionnelle sont soit situées au sein du secteur de naissance, soit sont contiguës à celui-ci. Dans ce dernier cas, une des salles de travail doit pouvoir en cas de nécessité, servir de salle d'intervention. Elle est équipée en conséquence. »

Dans ce retour d'expérience l'absence d'intégration des priorités de sécurité en obstétrique dans l'organisation générale des restructurations architecturales et des travaux de l'établissement, génère un risque de perte de chance

lors de l'identification d'un évènement, sa récupération et son atténuation possible [à condition d'en avoir les moyens structurels et matériels].

De plus, cet EI illustre une problématique majeure rencontrée par de nombreux établissements à savoir l'organisation de la prise en charge des urgences chirurgicales pendant les gardes avec une seule équipe anesthésique (MAR + IADE), et la crainte de devoir réaliser une césarienne en urgence sans perte de temps et dans les meilleures conditions de sécurité.