

# Analyse Approfondie de Cas n° 59 :

## Naissance d'un nouveau-né en état de mort apparente.



Plateforme Régionale d'Appui à la Gestion des  
Événements Indésirables - Aquitaine



Date de parution : Décembre 2017

- **Catégorie : Obstétrique**
- **Nature des soins : Thérapeutiques**

### RÉSUMÉ/ SYNTHÈSE DE L'EI

Une jeune femme de 32 ans est prise en charge pour le suivi de sa seconde grossesse. Le terme est calculé pour le 18 juin et un accouchement par voie basse sur utérus cicatriciel est accepté (présentation céphalique).

La parturiente est hospitalisée le 19 juin à 3 h 25 pour début du travail spontané avec membranes intactes. Vers 22 heures le travail se poursuit et les surveillances cliniques et paracliniques, effectuées régulièrement, sont normales. La parturiente est installée en salle de naissance et une pose de péridurale à visée antalgique est effectuée.

Le travail se poursuit de manière satisfaisante bien que quelques ralentissements « physiologiques » du rythme cardio fœtal (RCF) soient notés lors des contractions utérines. Le 20 juin à 2 h 45, afin d'avoir une « surveillance de seconde ligne », la sage femme décide de réaliser un dosage des lactates au scalp. Un nouveau prélèvement est effectué à 5 h 55. Le résultat est perturbé. La sage-femme prévient le médecin obstétricien d'astreinte et lui fait part des ralentissements du RCF et des derniers résultats du dosage des lactates au scalp. Au regard des différents éléments, elle demande sa présence afin d'envisager une extraction rapide du fœtus soit par extraction instrumentale soit par césarienne. La sage-femme et le médecin après une discussion tendue conviennent de la nécessité de contacter l'équipe du

bloc opératoire pour une éventuelle césarienne en urgence. A 6 h 35, le médecin arrive en salle de naissance. Il examine le tracé qui ne présente alors pas de ralentissement. La sage-femme lui signale que la fréquence cardiaque (FC) a diminué à 110 BPM alors qu'elle était en moyenne à 120 BPM pendant le travail des heures précédentes. Le médecin estime qu'il n'existe pas d'engagement, il demande à la parturiente d'effectuer des efforts expulsifs. Il se donne 30 minutes d'efforts expulsifs avant d'effectuer une césarienne. Les divergences d'appréciation du degré d'urgence entre la sage-femme et l'obstétricien s'exacerbent.

A 7 h 10, le médecin décide de procéder à une césarienne en urgence. Les monitorings de surveillance sont retirés. La parturiente présente une douleur violente suivie de vomissements. Elle est transportée au bloc opératoire où l'ensemble de l'équipe paramédicale et médicale est en place. A 7 h 37 l'extraction d'un nouveau-né de sexe masculin est réalisée par césarienne. Le nouveau-né est hypotonique et est confié immédiatement au pédiatre. Celui-ci constate l'état de mort apparente et procède à la réanimation selon les recommandations de l'ILCOR. Une heure plus tard, malgré la réanimation le nouveau-né est déclaré décédé.

### CARACTÉRISTIQUES :

#### **Gravité :**

Décès

#### **Organisation en place :**

L'établissement a mis en place une organisation pour assurer le signalement et l'analyse des événements indésirables. Une procédure de signalement, de traitement et d'analyse des événements indésirables est à la disposition des professionnels. Les notions de gravité et de fréquence sont définies. Le support de déclaration des événements indésirables est sous forme papier.

Ce support est ensuite saisi et traité par l'équipe qualité dans un logiciel de gestion des événements indésirables. Le recueil d'événements indésirables est centralisé. Des actions correctives sont identifiées et mises en œuvre suite aux analyses des événements indésirables. La mise en œuvre des actions d'amélioration est hiérarchisée par le comité qualité environnement gestion des risques et vigilances qui en coordonne le suivi dans le cadre du programme qualité.

### ÉLÉMENTS MARQUANTS

Difficile de s'intégrer dans une équipe existante. Les habitudes y sont ancrées de longue date ; la communication y est codée dans le minimalisme et l'implicite se fige dans une métacommunication basée sur la confiance du fonctionnement de l'autre.

Pour peu que le nouvel arrivant ne soit pas un champion de l'éloquence, et ait des « schémas mentaux » différents, des divergences vont survenir dans la conscience commune de la situation. Avec elles va s'installer la défiance réciproque qui conduira à la résolution catastrophique d'une situation critique....

Quelques pistes pour y remédier:

- En être conscient,
- Tenter de pallier cette difficulté par la systématisation et la structurations des moments d'échange pluri-professionnels,
- Apprendre la communication sécurisée.

*Il reste que le diagnostic de rupture est difficile du fait de l'analgésie : pas de douleur, de perte de sang, d'hypertonie ; c'est la surveillance du RCF qui alerte et justifie des examens de 2° ligne (lactates ou ph) ce qui a été fait.*



Une femme de 32 ans est suivie pour une seconde grossesse. Le terme de la grossesse est prévu au 18 juin 2014. Les différents examens cliniques et paracliniques effectués lors des suivis sont normaux. Dans ses antécédents, on note une césarienne en 2009 pour une présentation par le siège, ainsi qu'une allergie à la pénicilline.

**Le 18 juin :** La parturiente est vue en consultation. Le rythme cardio-fœtal (RCF) est à 120 battements par minutes (BPM). Il est oscillant et réactif. Un décollement au doigt de la poche des eaux est réalisé. Sans engagement du travail, un rendez-vous est prévu dans 2 jours. Dans le dossier, l'obstétricien note une présentation céphalique haute dos à droite, la présence d'un utérus cicatriciel. Il conclut à la possibilité d'un accouchement par voie basse, ce qu'accepte la parturiente.

**Le 19 juin à 3h25 :** La parturiente est hospitalisée pour un début de travail spontané avec membranes intactes. Elle déclare avoir peut-être perdu un peu de liquide amniotique. Un test par Amnisure® est effectué, le résultat est douteux. Les contractions utérines se reproduisent toutes les 10 minutes. La présentation céphalique est bien appliquée, le col est « intermédiaire, court, souple et mesuré à 2 doigts ». La poche des eaux est perçue et il n'y a pas de présence de liquide amniotique sur le doigtier. Un monitoring est installé et le RCF est normo-oscillant et réactif. La parturiente est installée dans une chambre.

**De 3h25 à 23h55 :** Le travail se poursuit. Les surveillances cliniques et paracliniques sont effectuées régulièrement et sont normales. Vers 18 heures la parturiente présente une hyperthermie à 38°5. Une antibiothérapie par Clamoxyl® 1 gramme est initiée et est poursuivie à intervalle régulier. Vers 20h50, la jeune femme est très algique. Le toucher vaginal montre un col utérin centré, épais, tonique, dilaté à 3 cm. La poche des eaux n'est pas perçue, le bouchon muqueux est présent. Le monitoring indique un RCF normo oscillant et normo réactif, des contractions utérines (CU) irrégulières de 3 à 4 contractions toutes les 10 minutes. La patiente est transférée en salle de naissance. Un médecin anesthésiste (MAR) effectue la pose d'un cathéter péridural et prescrit l'analgésie. Le RCF est satisfaisant. Les CU sont toujours irrégulières. Vers minuit le col utérin est centré, épais et tonique, dilaté à 5 cm. Le bouchon muqueux est perçu. Il n'y a pas de liquide amniotique sur la protection, il persiste des doutes sur la rupture effective de la poche des eaux. Le RCF est stable. On retrouve une ébauche de ralentissements avec nadir à 110 BPM sur les CU les plus intenses.

**Entre 1h15 et 5h30 :** Des ralentissements plus profonds du RCF sont constatés lors de certaines contractions utérines. Le col utérin est centré, tonique, épais avec une dilatation à 6 cm. La présentation céphalique est fixée. La poche des eaux est rompue. Le liquide amniotique est teinté. La sage femme s'interroge sur une possible fissure de la poche des eaux vers 12h la veille. Elle administre 6 ampoules de Spasfon® et une ampoule de Mg<sup>++</sup> pour lever la tonicité du col utérin. Le RCF indique une fréquence de 120 BPM. Il est normo oscillant et réactif. Vers 2 h15 : La sage-femme pose un cathéter vésical. Un dosage des lactates au scalp est mesuré à 1,6 mmol/l. Le RCF montrent une fréquence à 130 BPM, un tracé normo oscillant et réactif, des ralentissements variables, +/- profonds (nadir à 60 BPM) bien récupérés. Les CU sont régulières au rythme de 3 /10 mn. Les constantes de la parturiente sont correctes. Vers 5h30, le col utérin est souple, centré, effacé avec une dilatation à 8/9 cm. Une présentation céphalique avec engagement est retrouvée lors des contractions utérine. Les anomalies du RCF persistent notamment lors des contractions utérines.

**À 5h55 :** Un 2<sup>ème</sup> dosage des lactates indique un résultat à 4,7 mmol/l. Le col utérin est dilaté à 9 cm (il reste un bourrelet antérieur de col souple) ; la présentation céphalique est engagée dans sa partie haute.

**À 5h57 :** La sage femme informe l'obstétricien d'astreinte des ralentissements du RCF et des résultats du dosage des lactates. Elle lui demande sa présence en urgence afin d'envisager soit une extraction instrumentale soit une césarienne.

**À 6h05 :** La sage femme contacte l'équipe du bloc opératoire d'astreinte, ce que vérifie l'obstétricien pendant son trajet vers l'hôpital.

**À 6h35 :** Le médecin arrive. Il examine le tracé qui ne présente pas à ce moment de ralentissement. L'engagement est jugé insuffisant. Une extraction par forceps ne peut être tentée. La sage femme étant seule pour les secteurs de suites de couche et d'accouchement, les efforts expulsifs ne peuvent être réalisés au bloc opératoire distant. Le médecin se donne 30 minutes avant de décider d'une césarienne. En raison des répercussions hémodynamiques, les changements posturaux ne peuvent être tentés. Le médecin prescrit 1,5 ml/h de Syntocinon® par pousse seringue électrique (PSE). Les efforts expulsifs sont peu efficaces sur une dynamique utérine ralentie.

**À 7 h :** Le débit de Syntocinon® est de 3ml/h. Les efforts expulsifs sont toujours inefficaces.

**À 7h10 :** Une césarienne en urgence est décidée. Les monitorings de surveillance sont retirés. La parturiente se plaint d'une douleur abdominale intense et présente des vomissements hémorragiques importants. Elle est transportée au bloc opératoire. Des vomissements dans le sas de transfert du bloc puis en salle d'intervention retardent son passage en salle d'opération. L'équipe d'anesthésie réalise une sédation vigile par propofol et 1 analgésie renforcée par voie péridurale complétée par un ajout de sufentanyl par voie péridurale.

**À 7h33 :** L'obstétricien effectue l'incision de césarienne en reprenant l'ancienne incision selon la technique de Stark-Cohen. La présence de sang en intra péritonéal est notée dès l'ouverture manuelle du péritoine pariétal. Il est mit en évidence une déhiscence complète de la cicatrice de l'ancienne césarienne, les berges d'hystérotomie sont propres, sclérosées, ne saignent pas. La tête fœtale s'engage dans la déhiscence, elle est presque déjà expulsée vers la cavité abdominale.

**À 7h37 :** Un nouveau-né de sexe masculin est extrait, il est hypotonique. Le pédiatre constate un état de mort apparente (nouveau-né exsangue) et l'absence de sang dans le cordon ombilical. Il est couvert de sang, sa cavité buccale en est remplie. Une réanimation selon les recommandations de l'ILCOR. est initiée. Après 15 minutes, l'équipe du SAMU pédiatrique est appelé pour un transfert. À 30 minutes le pédiatre demande de l'aide à ses collègues du CH de recours. Un cathéter ombilical est mis en place. Un avis auprès des médecins de réanimation du CHU est demandé. Pendant ce temps, l'obstétricien poursuit l'intervention, le placenta est antéro-fundique. Son décollement est spontané, avec présence de caillots de sang foncé dans la cavité utérine. Après extraction, le placenta est de couleur très foncé. Il est envoyé en analyse anatomopathologique. Une révision utérine est pratiquée. Une hystérorraphie reprenant les berges de l'ancienne hystérotomie est effectuée. La vessie est intimement collée et sa descente n'est pas possible. Une toilette abdominale avant la fermeture et après vérification de l'hémostase est réalisée. Les pertes sanguines sont estimées à 1 litre sans les caillots sanguins. Le médecin conclut « suspicion d'un hématome rétro-placentaire, déhiscence complète de l'ancienne cicatrice utérine ».

**À 8h37 :** La réanimation du nouveau-né est arrêtée. Les parents sont informés par le médecin et le médecin pédiatre du décès du nouveau-né en présence de la sage-femme.



# Analyse Approfondie de Cas

## Causes immédiates identifiées

Divergences entre la sage-femme et le médecin dans l'interprétation des tracés du cardiocardiogramme.  
Délai majoré de 30 minutes pour tentative d'accouchement par voie basse.  
Délai de 27 minutes entre la décision de césarienne et l'extraction du nouveau-né en état de mort apparente.  
Rupture utérine sur cicatrice de césarienne et hématome retro placentaire .

## Facteurs latents

Influence forte : +++  
Influence moyenne : ++  
Influence faible : +

### Patient :

Patiente présentant un utérus cicatriciel sur césarienne antérieure.

### Professionnels / facteurs individuels :

Insuffisance de qualités relationnelles entre le médecin et la sage-femme. +++

### Charge de travail importante : +++

- Pour le médecin 4<sup>ème</sup> astreinte consécutive.
- Pour la sage femme : 2 accouchements simultanés dans un contexte d'activité importante cette nuit-là (fort taux d'occupation et situations complexes à gérer).

### Équipe :

**Ambiance de travail en équipe très dégradée** du fait de rapports tendus entre les sages-femmes et un médecin obstétricien, nouvellement arrivé, générant : +++

- Des staffs multidisciplinaires insuffisamment collaboratifs (tous les praticiens ne sont pas présents au staff) et contributifs pour assurer une coordination efficiente des prises en charge.
- Une perte de confiance mutuelle et des doutes réciproques sur la fiabilité des évaluations cliniques et des conduites à tenir.

**Divergences quant au degré d'urgence de la situation clinique par absence de communication** commune ou standardisée pour transmettre des informations sur la patiente et son état clinique : +++

- Difficultés pour la sage femme à transmettre sa perception clinique sur l'évolution du travail, la dynamique des contractions utérines, l'analyse du tracé du RCF sur 12 heures, la cinétique des dosages des lactates au scalp ainsi que son ressenti de devoir effectuer une terminaison rapide.
- Difficultés pour le médecin obstétricien à entendre et comprendre la perception de la sage femme alors que les tracés RCF ne lui paraissent pas alarmants.

**Habitudes de fonctionnement implicites** entre un autre médecin et les sages-femmes lors des situations de travail habituelles (méta-communication), difficilement accessibles aux derniers arrivants et générant une forme de d'exclusion. ++

**Manque de soutien entre pairs et entre différents professionnels.** ++

### Tâches :

Antibiothérapie inadéquate : non respect de la contre-indication allergique, non respect du protocole d'antibiothérapie et non report des allergies sur la fiche de transmission.

### Environnement :

**Locaux ne permettant pas la réalisation de la voie basse** avec efforts expulsifs en situation préopératoire imminente (bloc opératoire à un étage différent de la salle de naissance et sage-femme seule pour assurer le service en salles de naissances et en maternité). ++

**Absence de la continuité du monitoring** du RCF pendant le transfert salle de naissance – bloc opératoire : dispositifs médicaux non amovible et non utilisation du Sonicaid®. ++

**Absence de pompe volumétrique** pour les perfusions de Syntocinon® (non-conformité aux bonnes pratiques et aux recommandations issues du RCP du Syntocinon®)

### Organisation :

**Charge de travail excessive** pour le médecin d'astreinte (4 jours consécutifs) due à une mauvaise répartition des astreintes au sein de l'équipe.

**Défaut de coordination dans le service par manque de travail d'équipe** (absence de cadre de santé pour raisons de santé, absence de staff pluridisciplinaire avec l'ensemble des praticiens gynécologues-obstétriciens).

**Absence de stratégie opérationnelle autour de la communication et la culture qualité**, sécurité et évaluation des soins en secteur de gynécologie-obstétrique.

### Institution :

Influence d'un leadership peu collaboratif au sein du service de gynéco-obstétrique. +

Restructuration territoriale difficile avec difficultés de pérenniser des postes de PH en service de gynéco-obstétrique. +++

Zone d'exception géographique pour laquelle le maintien d'une maternité est un élément du SROS. +++

## Facteurs d'atténuation non opérants

L'instauration de la surveillance de seconde ligne par dosage de lactates et RCF bien analysé et tracé par la sage femme....

## Enseignement : Actions / Barrières



**Spécifique:** Sécurisation du circuit des parturientes avec adaptations architecturales et affectation des équipements de surveillance spécifique.

### Commun :

Définition de l'ensemble des situations à risques pouvant requérir une césarienne en extrême urgence (code rouge).

Mise en place des procédures « code rouge – code orange – code vert » définies par le réseau Périnat

Définition des parcours patients selon les différents circuits.

Mise en place d'un manuel qualité et d'une cartographie des risques au secteur naissance.

Mise en place de revues de mortalité et morbidité et d'actions d'évaluation des pratiques professionnelles.



Plateforme Régionale d'Appui  
à la Gestion des Événements Indésirables - Aquitaine

Docteur Régine LECULEE  
Nathalie ROBINSON cadre de santé  
CCECQA Hôpital Xavier ARNOZAN  
33604 PESSAC Cedex  
05 57 62 31 16  
[regine.leculee@ccecqa.asso.fr](mailto:regine.leculee@ccecqa.asso.fr)  
[nathalie.robinson@ccecqa.asso.fr](mailto:nathalie.robinson@ccecqa.asso.fr)

### Général :

Sensibilisation au travail en équipe

- Mise en place de formations de type CRM
- Mise en place des outils de communication structurée (SAED)

## Références et Bibliographie

- Collège national des gynécologues et obstétriciens français : Extrait des mises à jour en gynécologie et obstétrique – tome XXVI – surveillance fœtale par microdosage instantané des lactates au scalp et au sang du cordon.
- Fiche « gynérisq' attitude » : les ruptures utérines.
- Fiche « gynérisq' attitude » n°5 : gestion pratique des anomalies du RCF en salle de travail
- Fiche « gynérisq' attitude » : Contrôle Terminaison Accouchement en Urgence.
- R. Ramanah et al. / Intérêt de la mesure des [lactates au scalp](#) fœtal au cours du travail Gynécologie Obstétrique & Fertilité 33 (2005) 107–112
- Collège national des gynécologues et obstétriciens – recommandations pour la pratique clinique – Modalités de surveillance fœtale pendant le travail.
- Collège national des gynécologues et obstétriciens – recommandations pour la pratique clinique – Accouchement en cas d'utérus cicatriciel.
- Saed : un guide pour faciliter la communication entre professionnels de santé—HAS—octobre 2014  
[https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1776178/fr/saed-un-guide-pour-faciliter-la-communication-entre-professionnels-de-sante](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1776178/fr/saed-un-guide-pour-faciliter-la-communication-entre-professionnels-de-sante)
- Code de santé publique : articles R.6123-39 à R.6123-53 et D.6124-35 à D.6124-63