

SECTEUR

- Sanitaire
- Médico-social
- Libéral

POPULATION

- Enfant
- Adulte
- Personne âgée
- Personne handicapée

FILIERE

→ OBSTETRIQUE

NATURE DE L'ACTE

- Thérapeutique
- Diagnostic
- Esthétique
- Préventif

MOTS-CLES

→ EMBOLIES, détresses multi-viscérales, ACR; allergie

Sources : Fiches REX QUALIREL et PASQUAL, guide HAS FORAP EIAS 2021.
Fiche REX (retour d'expérience) élaborée à partir de l'analyse réalisée par les acteurs impliqués dans l'événement, mise à disposition dans une visée pédagogique, ne se substituant pas aux publications et recommandations en vigueur.

Réanimations maternelles Maternités de niveau 1

La survenue de situations critiques dans les maternités de niveau 1 n'est pas improbable malgré les efforts de sélection des parturientes.
Elles surviennent en particulier pendant les périodes à effectifs minima.

Il faut se représenter le stress des équipes dont l'environnement au quotidien est précisément orienté vers le cocooning de naissances physiologiques.
La prise en charge des réanimations néonatale ou maternelle va d'autant plus être problématique, alors que le maintien des compétences dans ces domaines de l'urgence n'est pas l'objet d'un accompagnement prioritaire.

Résumé des faits

Voici 3 exemples rassemblés en un :

MFIU-Déclenchement-Troubles de conscience-Dystocie des épaules - Hémorragie -Détresse hémodynamique/hématose-ACR-ECMO-DC à J 11.

RPE - Travail spontané – ATB - Détresse neurologique, respiratoire et hémodynamique – césarienne - hémorragie.

Fissuration de la PE –Déclenchement - Brutalement œdème pulmonaire-état de choc-ACR - Récupération d'une Activité Cardiaque Spontanée (RACS) - Transfert-ECMO-DC à J1

Constantes : à la brutalité et à l'imprévisibilité des décompensations doivent répondre rapidité et puissance des mesures de maîtrise jusqu'à un recours précoce à une ECMO.



Une femme P3, 39 SA, de 35 ans sans antécédent, à la grossesse physiologique consulte dans sa maternité de niveau 1 pour disparition des mouvements fœtaux. Une maturation, puis un déclenchement à J3 conduisent, alors que l'APDO allait être posée en début de soirée, à une sortie rapide de la tête accompagnée de trouble de la conscience. L'accouchement s'accompagne d'une dystocie des épaules traitée par ventouse sous AG, et d'emblée d'un saignement aux caractéristiques inhabituelles. L'hémodynamique est très altérée ainsi que l'hématose. La réanimation et les gestes obstétricaux permettent le transfert de la parturiente. Elle décèdera à J11 de défaillances multi-viscérales malgré la pose d'une ECMO.

Une femme G3P1 de 35 ans est admise dans la nuit pour rupture de la poche des eaux. Le travail se met en route spontanément. Conformément au protocole, elle reçoit à son arrivée en salle de naissances à 18h00 de l'amoxicilline, tandis que le médecin ARE arrive pour poser l'APDO. Très rapidement, elle se plaint de phosphènes, de difficultés respiratoires, perd connaissance et se cyanose. La réanimation technique et médicamenteuse est débutée tandis que l'équipe de GO appelée décide de passer en salle de césarienne au vu du RCF. Ce n'est qu'après l'intervention sous MCE que débute un saignement incoagulable. La réanimation mécanique, médicamenteuse, en PSL et produits dérivés du sang est maintenue plusieurs heures dans l'espoir d'un transfert pour pose d'ECMO avant de se résoudre au décès.

Une P1 de 21 ans se présente à terme pour écoulement de liquide amniotique. 36 h plus tard, elle est déclenchée, et présente dans la nuit un travail sans particularité. En 5 minutes vers 4h00, elle présente des difficultés respiratoires, une expectoration moussante, des marbrures et un ACR. La SF et l'AP débutent le MCE et oxygénation tandis que l'équipe (bloc, MAR, GO, urgentiste) est alertée. Après transfert au bloc, l'extraction est effective à H+ 10 minutes. Le nouveau-né pris en charge par la SF et le pédiatre, puis transféré, tire bénéfice d'une hypothermie thérapeutique en réanimation avec sortie de bon pronostic à J10. La maman présente une RACS après 35 minutes de MCE, une hémorragie estimée à 1L. Elle est également transférée en réanimation au CHU, mais présentera un nouvel AC non récupérable dans un tableau d'atteinte multiviscérale.



Identification des causes



Identification de la (les) cause(s) immédiates

→ Défaut d'entraînement à la survenue inopinée de situations critiques



Identification des causes profondes

Facteurs favorisants liés à :	Causes profondes identifiées
Patient / résident	Retard à consulter.
Tâches à accomplir	Situation complexe technique, relationnelle multicatégorielle et disciplinaire, à tâches exceptionnelles à exécuter dans un minimum de temps, selon une chronologie optimale
Professionnel	Défaut d'entretien de la formation initiale. Stress avec sidération, difficultés à mobiliser des connaissances enfouies, effet tunnel
Equipe	Défaut de mise en œuvre simulées des équipements d'urgence en salle de naissances Mésentente / tensions au sein des équipes. Défaut d'apprentissage des signes d'alarme auprès des parturientes.
Environnement de travail	Défaut de monitoring (EtCO2, labo délocalisé, pression invasive, ...échographe) Dépôt de PSL ou PDS insuffisant
Organisation et management	Défaut de suivi et d'accompagnement du plan de formation continue des personnels
Contexte institutionnel	Difficultés de recrutement de titulaires paramédicaux et médicaux. Difficultés de suivi des plans d'actions ou d'indicateurs



Analyse des barrières de sécurité

Barrières Description	Type <input type="radio"/> Prévention <input type="radio"/> Récupération <input type="radio"/> Atténuation	Existence <input type="radio"/> Existante <input type="radio"/> Inexistante	Efficacité <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Partielle <input type="radio"/> Non
Management global de l'ACR maternel	Atténuation	Existante	Partielle



Evitabilité

Evitable	Probablement évitable	Probablement inévitable	Inévitable
●	○	○	○



Plan d'actions

Actions proposées Objectif et description Barrières de prévention / protection	Responsable	Mesure, suivi	Echéancier
<p>Planifier des simulations internes partielles à partir des événements vécus :</p> <ul style="list-style-type: none"> Présentation d'un REX suivi d'une actualisation des protocoles et procédures (<u>simulation mentale</u>) : identification des forces et décision des Solutions Sécurité Patients faisables localement. <ul style="list-style-type: none"> Déclenchement minuté d'une alerte en période de permanence des soins (<u>simulation d'une phase</u>). Création de <u>scénario de simulation low cost à partir votre GED</u> autour d'un <i>modérateur consensuel et formé</i> : arrêt cardiaque sur mannequin basique, réanimation, arrivée du matériel d'urgence sur place dont les kit allergie/LBA/; KTA/KTC; Hb+Fg, césarienne en salle de naissances, saisie d'une feuille de réanimation au fur et à mesure de la réalisation des actes : débriefing sur l'organisation, les échanges, la coordination. Idem avec accord pour enregistrement son-video 			
Les aides mnémotechniques des sociétés savantes sont présentes sur le charriot d'urgence.			
La dotation en médicaments, dispositifs médicaux et équipements d'urgence doit pouvoir répondre aux PEC, révisées des situations critiques vécues localement .			
Planifier la périodicité de présences aux simulations en centres haute fidélité.			
Le maintien de compétences en échographie d'urgence est une étape essentielle aux diagnostics étiologiques réversibles et à la qualité de la réanimation des ACR.			
Une autopsie sera systématiquement fermement proposée auprès des proches. A défaut, le bénéfice d'une imagerie post-mortem sera discuté.			
<p>Promouvoir le rôle du script :</p> <p>rappeler le timing en l'absence de défibrillateur semi-automatique, pour le tube sec d'hémostase, pour les 30 minutes, ...</p> <p>valider la réalisation de toutes les actions sur la chronologique de la feuille de réanimation conçue comme un outil mnémotechnique (rappel drogues, dilutions, posologies, actes, ..., rappel des n° utiles) pour HPP et ACR.</p>			



Références

Indications de l'ECMO

SFAR SRLF

SFGO

Réa du nouveau né avec Périnat