

Le cahier des charges du dossier médical du point de vue de l'expert

Claude RACINET

Expert honoraire près la Cour d'Appel de Grenoble

Premier Vice-Président du RHEOP

Séminaire AUDIPOG-CNGOF-8/12/2010

Les moyens à disposition de l'expert

- Assignation, mémoires des parties en défense, ordonnance de mission
- Dossier médical obstétrical (grossesse, accouchement, nouveau-né en Maternité)**
- Si transfert du n-né: dossier néonatalogie ?
- Dires des parties et des conseils
- Dires des sachants.....
- ...pour trouver les preuves les plus objectives pour répondre aux questions de la mission

Un grave problème à gérer:

- La paralysie cérébrale (IMOC,IMC)**
- La paralysie du plexus brachial
- La mort foetale ou néonatale
- Les hémorragies graves (mort maternelle, hystérectomie d'hémostase)
- Les infections materno-foetales (nosocomiales ?)

La PC est à haut risque médico-légal

- ❑ Responsabilité obstétricale
« systématiquement » suspectée (depuis Little 1862...)
- ❑ Décalage encore fréquent entre avis expertal et données acquises de la science.
- ❑ Source de conflits entre experts car absence de consensus français
- ❑ Coût élevé entraînant pour le médecin ou la sage-femme des conséquences économiques, professionnelles et sociales majeures

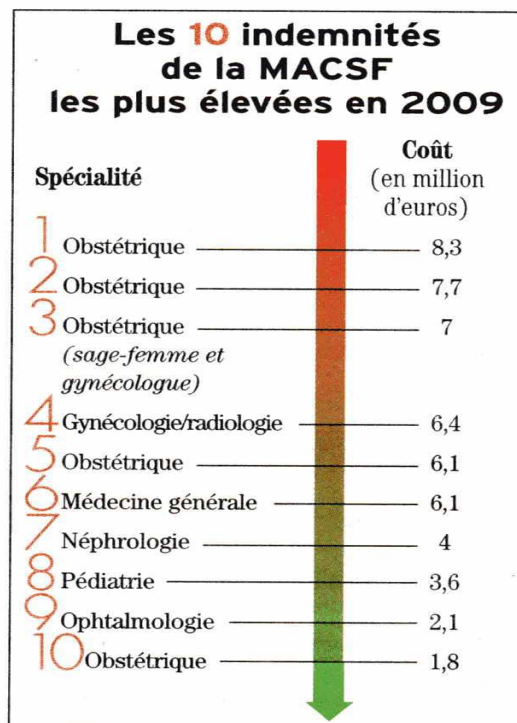
Sinistres médicaux : le bilan 2009 de la MACSF

Les obstétriciens restent en première ligne

Le groupe MACSF-Sou médical, dans son rapport d'activité 2009, confirme que la chirurgie et l'obstétrique restent les spécialités les plus exposées au risque d'accident et de procès. L'assureur s'inquiète d'une évolution de la jurisprudence qui tend à alourdir la responsabilité des praticiens. Ses tarifs pour 2011 seront stables néanmoins, à quelques exceptions près.

PRÈS D'UN CHIRURGIEN sur deux (48 %) couvert par le groupe MACSF-Sou médical a été mis en cause l'an passé. Ceux qui opèrent à cœur ouvert ont une sinistralité en nette hausse. « *Les patients, bien que sauvés par un pontage, vont se plaindre de la survenue d'une infection nosocomiale* », explique le Dr Catherine Letouzey, secrétaire générale du Sou médical.

Les généralistes, également, ont été nombreux au tribunal – pour retard de diagnostic, le plus souvent. Et les obstétriciens, bien sûr : 80 % de ceux qui étaient poursuivis l'an passé ont été condamnés. La MACSF-Sou médical n'assure plus qu'une trentaine d'obstétriciens libéraux (sur un total de



sinistres les plus élevées décidées au civil en 2009, six concernent l'obstétrique. En tête de ce « top ten » (voir tableau), un retard à la césarienne a été évalué à 8 335 191 euros : deux obstétriciens ont été condamnés au

d'exercer. L'intégralité du rapport 2009 de l'assureur est en ligne sur Internet. La MACSF-Sou médical tient cette année à attirer l'attention des médecins sur une évolution « *préoccupante* » de la jurisprudence. La Cour de cassation a rendu plusieurs décisions, ces derniers mois, qui « *alourdissent la responsabilité du praticien* », selon Nicolas Gombault, directeur général du Sou médical. Ainsi, un généraliste a vu sa condamnation confirmée par la Cour de cassation, après le décès d'un de ses patients à la suite d'une grippe. L'expertise avait établi que le généraliste avait commis une **faute**, sans préciser si cette faute était à l'origine du décès. « *Une perte de chance, même si elle est hypothétique, suffit à condamner le praticien* », décrypte Nicolas Gombault. Autre affaire récemment médiatisée, celle de ce généraliste condamné après l'intoxication d'un nourrisson à la Catalogne. Il avait prescrit la Catalgine à 0,10 g. Le pharmacien avait délivré du 0,50 g. La cour d'appel a condamné le pharmacien et le généraliste, considérant que ce dernier aurait dû choisir un autre médicament en raison du risque neurologique que la Catalgine fait courir aux nourris-

Les 10 indemnités de la MACSF les plus élevées en 2009

Spécialité	Coût (en million d'euros)
1 Obstétrique	8,3
2 Obstétrique	7,7
3 Obstétrique (sage-femme et gynécologue)	7
4 Gynécologie/radiologie	6,4
5 Obstétrique	6,1
6 Médecine générale	6,1
7 Néphrologie	4
8 Pédiatrie	3,6
9 Ophtalmologie	2,1
10 Obstétrique	1,8

Paralysie Cérébrale (PC)

Définition

« Troubles moteurs non progressifs, associés \pm à des troubles sensoriels et cognitifs, secondaires à un défaut ou une lésion sur un cerveau en maturation »

Epidémiologie

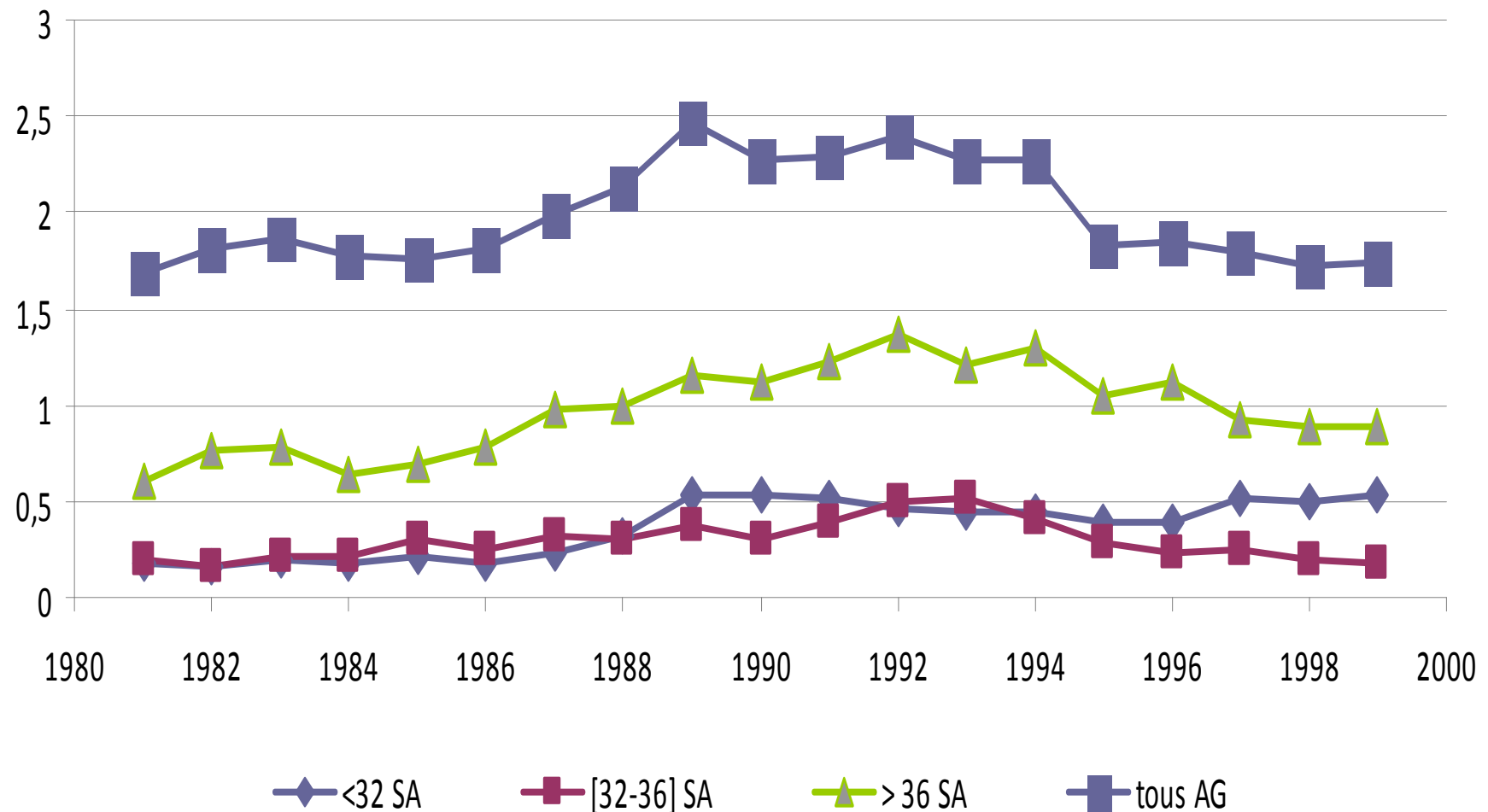
2 ‰ naissances vivantes

1^{er} rang des pathologies neurologiques congénitales ou postnatales .

1^{ère} cause d'incapacité physique dans la petite enfance

→ PC = problème de santé publique

Évolution de la prévalence des PC en Isère (nés de 1980 à 2000)



Où trouver les meilleures preuves pour la mission confiée?

1-BMJ 1999, MacLennan A for the International Cerebral Palsy Task Force

2-Rapport ACOG et AAP, janvier 2003

(3- « Validation » en Décembre 2007 par le CNGOF).

4- Muraskas JK: A proposed evidence-based neonatal work-up....Obstet Gynecol 2010;118:261-8.

Critères ACOG-AAP 2003 pour établir un lien causal Asphyxie fœtale-IMOC (NP2, Grade B)

□ 4 critères essentiels:

- Spasticité quadriplégique ou dyskinétique
- Encéphalopathie néo-natale **précoce**
modérée à sévère

Critères ACOG-AAP 2003 pour établir un lien causal Asphyxie foétale- IMOC (2)

- ❑ Acidose métabolique ($\text{pH} < 7,00$ et déficit de base > 12 mmole)

(NB: ces 3 paramètres sont très sensibles mais non spécifiques de l'asphyxie)

- ❑ Exclusion des causes génétiques, métaboliques, infectieuses, traumatiques ou thrombophiliques.....

Critères ACOG-AAP 2003 pour établir un lien causal Asphyxie fœtale- IMOC (3)

- ❑ **5 critères secondaires** (aident à préciser si l'asphyxie est aiguë ou chronique):
- ❑ Évènement **hypoxique** "sentinelle" patent ou latent
- ❑ Détérioration brutale , profonde et persistante du RCF
(ou séquence de HON)
- ❑ Score d'Apgar **≤ 3 à 5 mn** et au-delà
- ❑ Atteinte multiviscérale dans les 72h.
- ❑ Lésion cérébrale aiguë non focalisée (oedème)

Ce que l'expert souhaite trouver (ou ne pas trouver) dans le dossier médical en cas de PC...

- En cas de transfert en Néonatalogie: un dossier unique obstétrico-pédiatrique... avec conclusion commune ?
- A défaut: une synthèse claire sur le déroulement du travail à l'intention des néonatalogues.
- Voire supprimer

... Les item qui perdurent

□ « **Souffrance fœtale aiguë** »

cf CIM 9 en 1998

□ « **Acide lactique** »

- Le lactate est une base faible qui joue le rôle de tampon en cas d'acidose. La lactatémie est corrélée à tous les stress métaboliques et n'est pas spécifique de l'acidose métabolique ni de conditions hypoxiques...

Les critères validés pour confirmer ou réfuter une asphyxie foétale aiguë perpartum

- Protocole actualisé par
 - Muraskas et al 2010
 - Racinet et al (sous presse 2011)

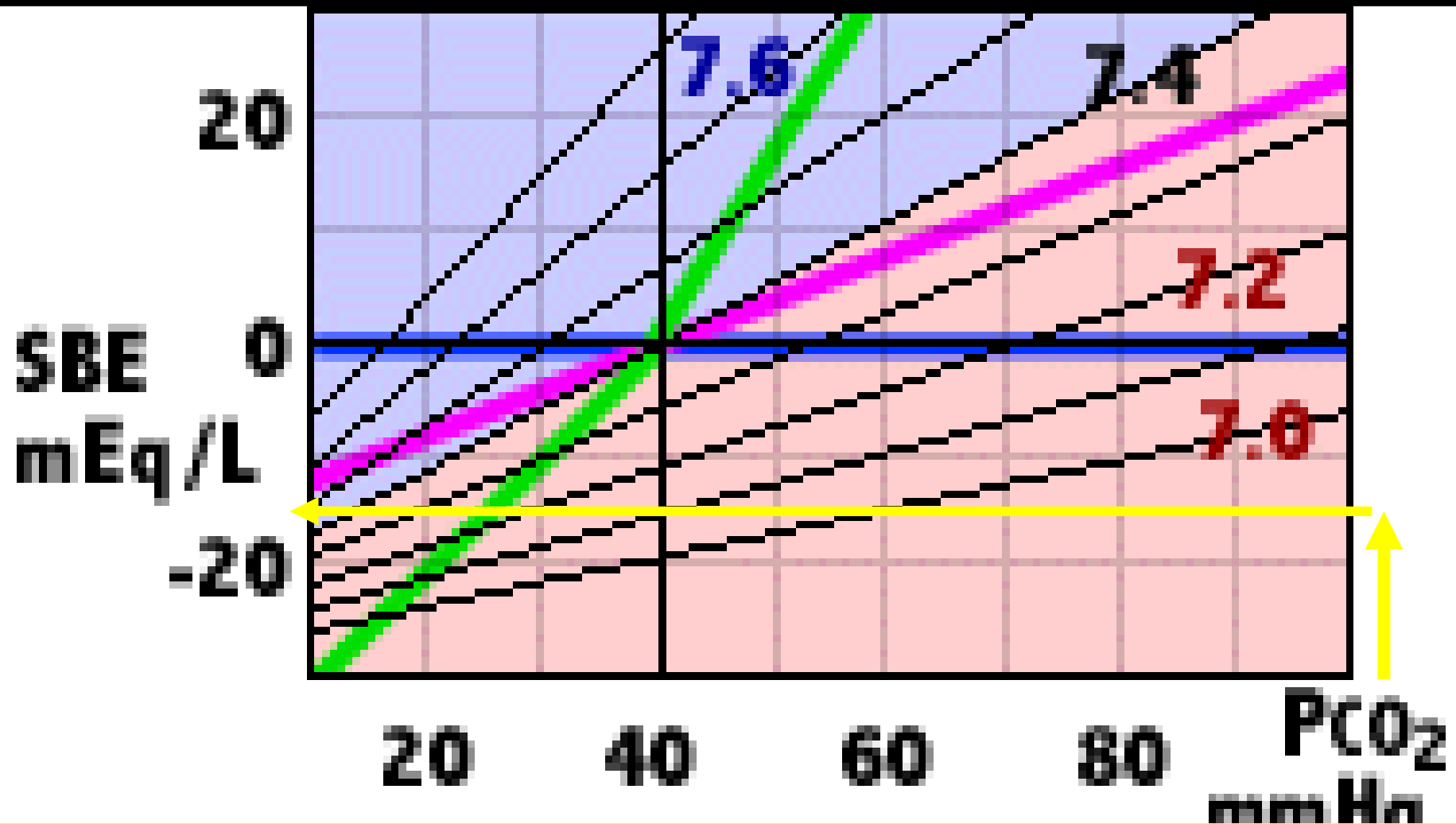
- Critères biologiques
- Critères cliniques et assimilés
- Critères d'imagerie

Critères biologiques systématiques

- Gazométrie au cordon (AO et VO):
Mesure de pH (et **pCO₂**) et calcul du BD
Si pCO₂ élevée: calcul du pHc (après élimination de la composante respiratoire) et du nouveau BD
- Propositions: pH- pCO₂ -(si pCO₂>50) pHc - BD

Diagramme de Grogono 1998

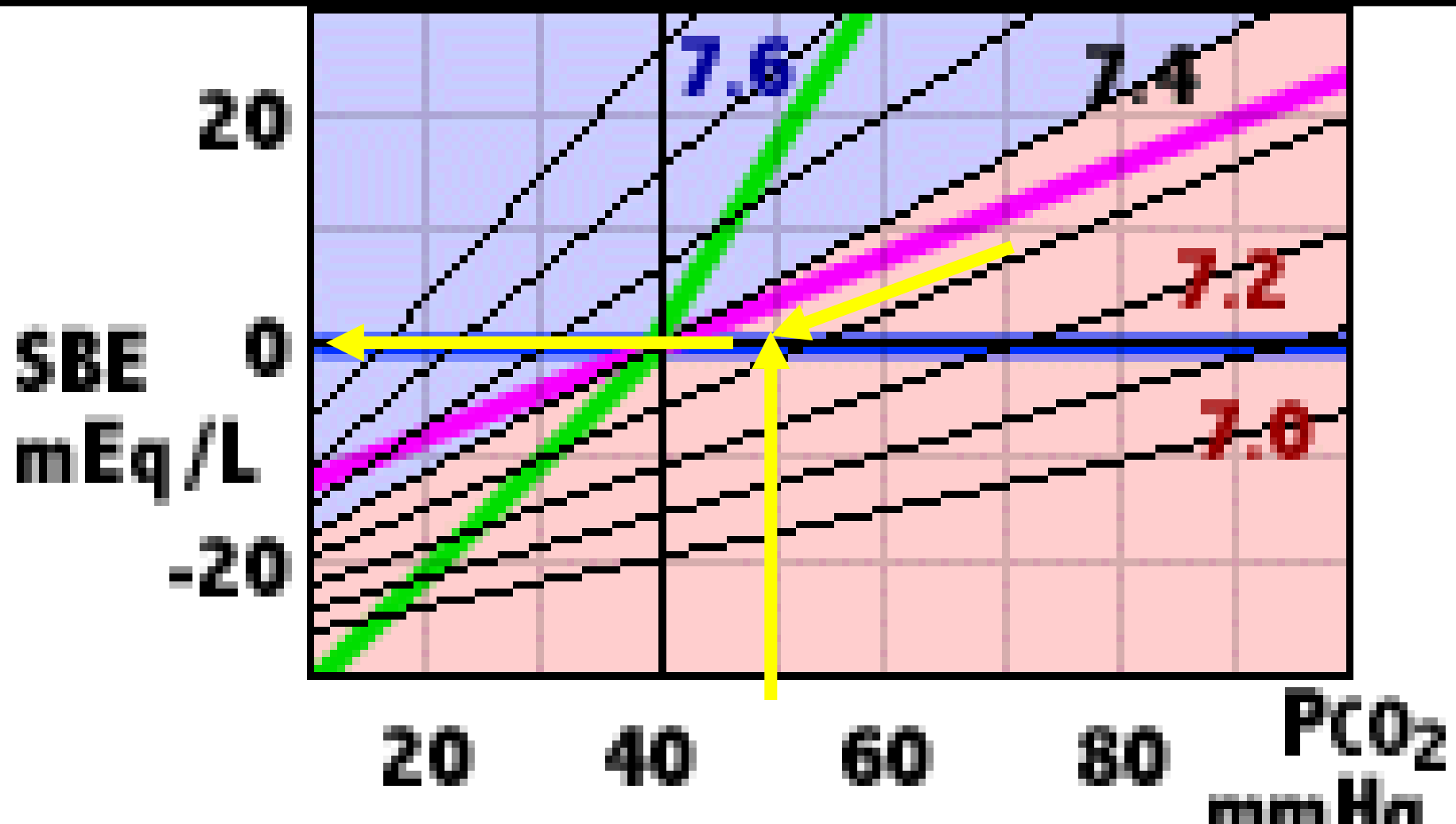
(www.acid-base.com/diagram)



pH: 6,88 SBE -15,3 → pCO₂ > 100 (mesurée à 104)

Diagramme de Grogono 1998

(www.acid-base.com/diagram)



Après correction de la pCO₂ à 50: le pH_c=7,312 et le SBE (ou EB(ec)) = 0

Critères biologiques en cas de dépression néonatale (2)

- ❑ NFS+++
- ❑ Anémie ? Si inexpliquée test de Kleihauer
- ❑ Thrombopénie $<150G$, Hémoglobine >18 g/dL et Hématocrite $>55\%$ sont en faveur d'une hypoxie chronique
- ❑ Hématies nucléées (comptées avec les leucocytes) : id si compte $>20\%$ et baisse lente (3 jours)
- ❑ Leucopénie <2000 : sepsis probable
- ❑ Lymphocytes élevés (anténatal)
- ❑ Critères de défaillance multiviscérale

Critères cliniques et assimilés enregistrés en Maternité

- ❑ Si BA < 4 à 5 min, ajouter BA10 et BA15
- ❑ Réanalyse soigneuse du RCF et classement en risques d'acidose (A. Martin)
- ❑ Biométrie foétale (P, T et PC): microcéphalie ?
- ❑ Hypotonie globale ou Spasticité (Pouce cortical, Hypertonie) ou tonus normal ?

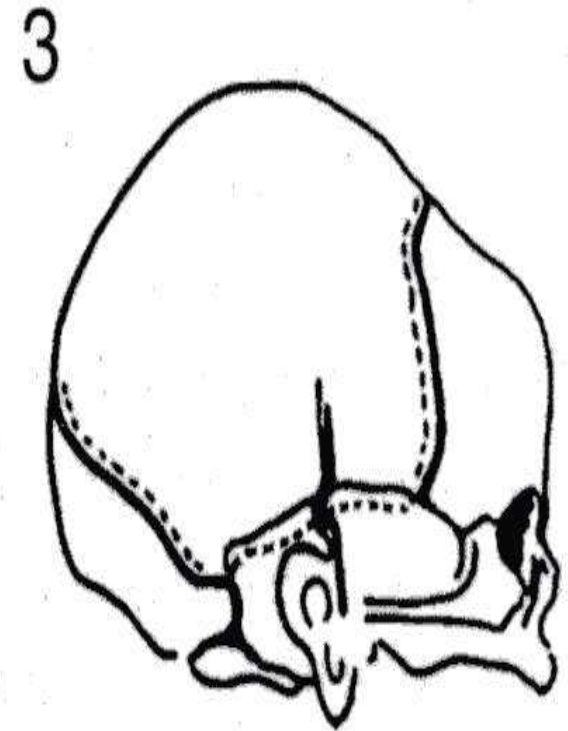


Fig. 11-7. *Signes cliniques d'orientation vers une pathologie cérébrale anténatale.*
1. palais ogival; 2. pouce adductus déjà fixé; 3. chevauchement des sutures. Ces 3 signes sont souvent associés. Présents à la naissance, ils sont la marque d'une lésion remontant à plusieurs semaines ou davantage (Amiel-Tison, 1999).

Critères cliniques (2)

- Crises convulsives (EEG) précoces avant H6 ? Ou après H24 ?
- Encéphalopathie néonatale précoce modérée ou sévère ?
- Tableau neurologique statique ou dynamique ?

Critères d'imagerie

□ ETF à J1: œdème cérébral ? Si oui, asphyxie prépartum- Résolution en 3-4 jours

□ IRM à programmer vers 6-7 jours.

Si asphyxie aiguë: lésions des NGC(putamen) et du thalamus et parfois du cortex prérolandique

Si atteinte substance blanche sous-corticale et périventriculaire: asphyxie chronique

Mais attention :bonne sensibilité mais spécificité moyenne...

Conclusions

- ❑ PC associée à asphyxie perpartum : études en population selon critères ACOG-AAP de Strijbis et McLennan (2006) – Etori et Racinet (2009): **4%**
- ❑ Check-list à appliquer à tout enfant à terme (>34SA) atteint de dépression néonatale avec acidémie
- ❑ Ou de convulsions
- ❑ Donc ajouter une rubrique spécifique dans le dossier structurer....
- ❑ ...car les dossiers sont en moyenne insuffisamment renseignés (Muraskas: 15 à 91% des 10 item ne sont pas renseignés).