

Quelle place pour l'autopsie médicale en 2015 ?

Which Place for Hospital Autopsies in 2015?

I. Plu · V. Sazdovitch · C. Duyckaerts · D. Seilhean

Reçu le 3 mars 2015 ; accepté le 7 mars 2015
© SRLF et Lavoisier SAS 2015

Introduction

L'autopsie médicale est un acte réalisé par un médecin anatomopathologiste sur une personne décédée à l'hôpital de mort naturelle, c'est-à-dire résultant d'un état pathologique ou physiologique, « en dehors du cadre de mesures d'enquête ou d'instruction diligentées lors d'une procédure judiciaire, dans le but d'obtenir un diagnostic sur les causes du décès » (article L1211-2 du Code de la santé publique). Véritable vérification anatomique, elle permet l'examen macroscopique des différents organes et la réalisation de prélèvements systématiques aux fins d'analyses histopathologiques. Dans un souci de respect du corps, elle se termine par une restauration tégumentaire soigneuse, permettant de présenter le corps à la famille.

Si les autopsies hospitalières furent fréquemment réalisées jusque dans les années 1980, participant largement à la formation des jeunes médecins en anatomie et en pathologie, elles sont, depuis 20 ans, de moins en moins réalisées [1], dans environ 2 % des décès selon les données de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris en 2001 [2]. Les raisons de ce déclin sont multiples. Certains y voient l'impact direct des lois de bioéthique de 1994 venues encadrer ces actes (Tableau 1), principalement en matière d'information des proches et de recherche du consentement. Ces lois de bioéthique ont obligé les médecins à aborder la question de l'échec de la prise en charge et de la mort avec les familles. Par ailleurs, certains praticiens, ne se sentant pas à l'aise ou ayant peur peut-être d'une judiciarisation, préfèrent ne pas aborder le sujet. Ces lois de bioéthique, en rendant obligatoire l'information des

proches et la recherche de l'opposition du défunt de son vivant, ont ainsi rendu possible le refus des familles.

Mais d'autres raisons ont été avancées [3] :

- l'évolution du métier d'anatomopathologiste, de plus en plus sollicité par le chirurgien pour des examens extemporanés, des biopsies... ;
- le peu de place laissée aux autopsies (et à l'anatomie pathologique en générale) dans les études médicales et dans la formation des internes, qui n'en connaissent plus les indications, ni l'intérêt et les limites ;
- l'évolution de la réglementation des chambres mortuaires et des salles d'autopsie dans les années 1990, prenant en compte le risque d'infection par des agents transmissibles non conventionnels (prions), qui n'a laissé comme alternative à la mise en conformité coûteuse des amphithéâtres et salles d'autopsies que l'arrêt de l'activité, ce qui a été préféré par de nombreux hôpitaux ;
- la non-valorisation de l'activité autopsique, l'acte n'étant pas référencé dans la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM), ni dans la future liste des actes dits « hors nomenclature », ce qui n'incite pas les établissements à investir pour la pérennité de cette activité, ni les anatomopathologistes à y consacrer du temps ;
- les progrès technologiques en matière diagnostique laissant penser que l'autopsie est devenue « historique » et obsolète ;
- enfin, la plus grande confiance des médecins dans les diagnostics cliniques ante-mortem, expliquant un moindre recours à l'autopsie pour expliquer les causes du décès.

Pourtant, malgré les progrès diagnostiques, les causes de décès en milieu hospitalier ne sont pas toujours clairement identifiées. Elles peuvent même ne pas être soupçonnées dans certains cas, comme lors d'un décès survenu au service des urgences avant qu'un diagnostic ait pu être posé, ou être mal comprises comme lors de certaines prises en charge en réanimation de patients aux pathologies multiples, dont l'évolution défavorable est inexpliquée. Dans ces situations, l'autopsie médicale garde toute sa place comme acte post-mortem à visée diagnostique. Le but de l'autopsie est alors

I. Plu (✉) · V. Sazdovitch · C. Duyckaerts · D. Seilhean
Département de neuropathologie Raymond Escourolle,
bâtiment Paul Castaigne, groupe hospitalier Pitié Salpêtrière
Charles Foix, Assistance Public-Hôpitaux de Paris,
47-83 boulevard de l'hôpital Pitié Salpêtrière,
91 boulevard de l'Hôpital, F-75013 Paris, France
e-mail : isabelle.plu@psl.aphp.fr

Université Pierre et Marie Curie,
Institut du Cerveau et de la Moelle, Paris, France

Tableau 1 Procédure de demande d'autopsie médicale

Tout comme en cas de prélèvements d'organes à des fins thérapeutiques (principe du consentement présumé), l'autopsie ne pourra être réalisée que si le défunt ne s'y est pas opposé de son vivant. La première étape, relevant de la Direction de l'établissement où sera réalisée l'autopsie, est donc la consultation du Registre National automatisé des refus de prélèvements. Le médecin demandant l'autopsie doit également « s'efforcer de recueillir auprès des proches l'opposition au don d'organes, [ici aux prélèvements] éventuellement exprimée de son vivant par le défunt ». Il se doit d'informer les proches de la finalité de l'autopsie et des prélèvements envisagés. Ainsi même s'il ne s'agit pas pour le médecin clinicien d'obtenir le consentement des proches, il serait inconvenant de demander une autopsie à laquelle les proches seraient réticents. En revanche, l'absence de famille retrouvée n'interdit pas de réaliser l'autopsie.

Afin que l'autopsie se fasse dans les meilleurs délais (idéalement dans les 24 heures après le décès), pour que le corps soit restitué rapidement à sa famille d'une part et afin que les prélèvements soient de la meilleure qualité possible d'autre part, la procédure doit être bien connue des services cliniques et de l'administration. Un certain nombre de documents doivent être signés au préalable :

- le certificat de décès précisant l'absence d'obstacle médico-légal, l'absence de pathologie contagieuse imposant une mise en bière immédiate en cercueil hermétique (liste limitée à la variole, le choléra, les fièvres hémorragiques comme l'Ebola, la peste et le charbon) et la demande d'autopsie médicale (« prélèvements en vue de rechercher les causes de la mort ») ;
- un procès-verbal de constat de décès avant prélèvements à des fins thérapeutiques ou scientifiques (article R1232-3 du Code de la santé publique) attestant que la personne présente les trois critères cliniques d'un arrêt cardiaque et respiratoire persistant, et précisant la date et l'heure du constat de décès ;
- le formulaire de demande de prélèvements sur personne décédée propre à chaque établissement, pour « recherche des causes de décès » attestant que le constat de décès a été effectué conformément aux dispositions légales et que la procédure de recherche du consentement et d'information des proches a été régulièrement menée ; il doit être signé du médecin clinicien demandant l'autopsie ; doivent être mentionnés l'identité du médecin ayant informé les proches et les noms, prénoms, liens de parenté de la personne ayant été informée ou ayant apporté son témoignage ; ce document est ensuite signé par le Directeur de l'établissement après consultation du Registre automatisé de refus de prélèvements puis, après autopsie, par le médecin ayant réalisé l'acte après avoir indiqué la nature des prélèvements effectués ;
- en cas de prélèvements à des fins scientifiques (c'est-à-dire dans le cadre d'un protocole de recherche validé), un formulaire d'autorisation de recherche doit être expressément signé par un proche dûment informé, en complément des documents préalablement demandés ; la demande de prélèvement sur personne décédée devra alors porter l'indication de la réalisation de tels prélèvements à visée scientifique.

Après avoir informé de la demande d'autopsie l'administration et la chambre mortuaire de l'établissement dans lequel est décédé le patient, les documents signés doivent être adressés au service d'état civil qui se chargera d'organiser, en urgence, le transport du corps vers la chambre mortuaire de l'établissement où l'autopsie sera réalisée. Ce transport doit se faire impérativement dans un délai de 48 heures pendant lequel le transport de corps est autorisé avant mise en bière. Ce délai est porté à 72 heures en cas de suspicion de maladie de Creutzfeldt-Jakob. La réactivité à la fois des services cliniques et de l'administration est donc indispensable pour respecter ce délai, notamment lorsque qu'un transport de corps est nécessaire.

d'apporter des réponses aux questions que se posent les familles et les cliniciens.

Les réponses apportées aux familles

Depuis la loi du 4 mars 2002 dite de démocratie sanitaire, l'information du patient et de sa famille est entrée dans les pratiques médicales (article L1111-2 du Code de la santé publique). Cette information se fait tout au long de la prise en charge du malade. En cas de décès, les proches du défunt peuvent être informés par le médecin des causes de décès, « *sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès* » (article L1110-4 du Code de la santé publique). La volonté d'être informées, régulièrement exprimée par les familles, est en fait la manifestation de leur volonté de

comprendre pourquoi et comment le décès est survenu et d'identifier éventuellement une maladie à caractère familial, dont le diagnostic aurait un impact sur la santé des apparentés. Le clinicien peut être démuni pour répondre aux interrogations des familles lorsque, sur le plan médical, les processus physiopathologiques ayant conduit au décès n'ont pas été clairement identifiés. La demande d'autopsie sera ainsi la rencontre entre une volonté commune de la famille et du clinicien de comprendre le décès.

La plus-value de l'autopsie dans la démarche de soins

De nombreuses études comparant les diagnostics cliniques et ceux retenus après l'autopsie ont relevé des

erreurs dans 10 à 24 % des cas [4-7] : un quart des diagnostics ante-mortem étaient incomplets ou erronés en l'absence d'autopsie.

En plus des réponses qu'apporte l'autopsie aux questions posées par la famille du défunt, identifier la cause du décès ou faire le diagnostic des pathologies dont le patient souffrait est une source d'apprentissage pour le clinicien et son équipe. La compréhension des pathologies ayant conduit au décès peut également entrer dans une démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, profitable pour les patients à venir [8,9]. Elle témoigne de la volonté de connaissance et de transparence du service et peut s'intégrer dans les revues de mortalité et de morbidité (RMM). La Haute Autorité de Santé cependant ne fait que poser la question de la place de l'autopsie médicale dans les RMM sans les inciter : « il apparaît donc légitime de se poser la question de la contribution de l'anatomopathologiste et de l'autopsie scientifique pour éclairer la réflexion des revues de mortalité et morbidité » [10].

Il est bien compréhensible qu'une autopsie ne peut pas être demandée pour tout décès en milieu hospitalier, mais il est des cas où l'autopsie apporte un maximum d'informations, tant aux médecins qu'aux familles :

- décès par arrêt cardiorespiratoire brutal réfractaire en dehors de l'hôpital (mort subite) : il touche le plus souvent le sujet jeune (de moins de 50 ans), sans antécédent ou avec des antécédents bénins. L'autopsie permet, en général, le diagnostic de l'arrêt cardiaque, et à défaut, d'éliminer un certain nombre d'autres diagnostics (hémorragie méningée, embolie pulmonaire massive, dissection aortique, rupture d'anévrisme abdominal...). Cela permet à la famille de comprendre les causes de ce décès inattendu. En outre, l'autopsie conduit parfois à la découverte d'une pathologie familiale (cardiopathie hypertrophique ou arythmogène, maladie héréditaire du collagène et du tissu élastique...). Lorsque le patient a fait l'objet de prélèvements d'organes (en arrêt cardiaque persistant), l'autopsie permet le diagnostic d'éventuelles maladies transmissibles ou pouvant se développer dans le greffon (néoplasie, infection, maladie inflammatoire chronique...), susceptibles de mettre en danger la vie du receveur ;
- décès peu de temps après l'admission (cas des décès aux urgences), avant que les bilans aient pu être réalisés ;
- décès en per- ou postopératoire : l'autopsie peut permettre de vérifier la qualité du montage chirurgical et de déterminer si le décès est en rapport avec la chirurgie ou s'il résulte d'une autre cause (accident thromboembolique, infection intercurrente...). Un bon dialogue avec le chirurgien est indispensable dans ces situations pendant le geste autopsique, mais aussi lors de l'interprétation des constatations ;

- décès après transplantation d'organe : l'autopsie suivie des analyses anatomopathologiques permettra de rechercher des signes de rejet aigu, d'une infection opportuniste ou d'une pathologie immuno-induite... ;
- décès en soins intensifs en contexte de pathologies multiples, lorsque les diagnostics cliniques ne permettent pas de comprendre l'évolution défavorable.

Dans ces cas, l'autopsie médicale est une étape nécessaire à la compréhension des mécanismes conduisant au décès du patient et participe à la démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

L'autopsie est aussi nécessaire pour améliorer la connaissance scientifique des mécanismes pathologiques. C'est ainsi qu'ont été constituées des banques tissulaires à visée de recherche. Le « don du cerveau pour la recherche scientifique » est un exemple d'un projet national de ce type, soutenu par des associations de malades (Associations France Alzheimer, France Parkinson, Arsep, Comprendre les Syndromes Cérébelleux). Le patient (ou sa famille portant témoignage de la volonté du patient) signe un consentement pour le prélèvement et son utilisation post-mortem à visée de recherche sur les maladies neurodégénératives. L'autopsie a ainsi contribué de façon très significative à la reconnaissance des accumulations protéiques associées à ces maladies.

L'autopsie enfin joue un rôle important dans la veille sanitaire : c'est ainsi qu'elle a permis d'identifier et de mieux comprendre les mécanismes du SIDA ou d'isoler le nouveau variant de la maladie de Creutzfeldt-Jakob.

La reconnaissance de l'autopsie comme un acte médical à part entière, participant au diagnostic et à la démarche qualité ne restera malheureusement que théorique, voire rhétorique (cf. le questionnement de la Haute Autorité de Santé en 2009), tant que l'acte d'autopsie ne figurera pas dans la CCAM avec la valorisation économique qu'il mérite. Cette activité persiste actuellement, malgré les difficultés rencontrées au quotidien, grâce à l'engagement d'une poignée de médecins anatomopathologistes, dans un petit nombre d'établissements, sollicités par les équipes de réanimation ou les urgentistes. En Île-de-France, cette activité est désormais centralisée, sans obtenir pour autant de soutien en moyens humains et financiers, ce qui en menace la pérennité.

Références

1. Chariot P, Witt K, Pautot V, et al (2000) Declining autopsy rate in a French hospital: physician's attitudes to the autopsy and use of autopsy material in research publications. *Arch Pathol Lab Med* 124:739-45
2. Massol J, Vallée JP (2001) Faut-il mettre en place des comités d'analyse des décès dans nos hôpitaux ? *Presse Med* 30:271-7

3. Burton LJ, Rutty G (2010) The hospital autopsy, a manual of fundamental autopsy practice. Hodder Arnold, Londres, 352 p
4. Combes A, Mokhtari M, Couvelard A, et al (2004) Clinical and autopsy diagnoses in the intensive care unit: a prospective study. *Arch Intern Med* 164:389–92
5. Pastores SM, Dulu A, Voigt L, et al (2007) Premortem clinical diagnoses and postmortem autopsy findings: discrepancies in critically ill cancer patients. *Crit Care* 11:R48
6. Shojania KG, Burton EC, McDonald KM, Goldman L (2003). Changes in rates of autopsy-detected diagnostic errors over time: a systematic review. *JAMA* 289:2849–56
7. Wittschieber D, Klauschen F, Kimmritz AC, et al (2012) Who is at risk for diagnostic discrepancies? Comparison of pre- and post-mortal diagnoses in 1800 patients of 3 medical decades in East and West Berlin. *PLoS One* 7:e37460
8. Royal College of Pathologists of Australasia Autopsy Working Party (2004) The decline of the hospital autopsy: a safety and quality issue for healthcare in Australia. *Med J Aust* 180: 281–5
9. Zarbo RJ, Baker PB, Howanitz PJ (1999) The autopsy as a performance measurement tool-diagnostic discrepancies and unresolved clinical questions: a College of American Pathologists Q-Probes study of 2479 autopsies from 248 institutions. *Arch Pathol Lab Med* 123:191–8
10. Haute Autorité de Santé (2009) Évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles, Guide méthodologique : revue de mortalité et de morbidité (RMM)