



LES ASPECTS MÉDICO-LÉGAUX
EN GYNÉCO-OBSTÉTRIQUE :
GROSSESSE, ACCOUCHEMENT
ET SUIVI POST-NATAL

Novembre 2021

SOMMAIRE

I. LE SUIVI DE GROSSESSE

- A. Les acteurs du suivi de grossesse 5
- B. Les accidents lors du suivi de grossesse 7

II. LE TRAVAIL ET L'ACCOUCHEMENT

- A. Les intervenants lors de l'accouchement (maternités, maisons de naissance, sage-femme, gynécologue-obstétricien, anesthésiste) 23
- B. Les accidents de naissance 27

III. LES SUITES IMMEDIATES DE L'ACCOUCHEMENT

- A. Prise en charge de la mère : hémorragie de la délivrance 45
- B. Prise en charge pédiatrique :
question du transfert de l'enfant – réanimation néonatalogie 49

INTRODUCTION

Le XX^{ème} siècle a été marqué par des avancées technologiques majeures en obstétrique avec la création de nouveaux outils pour la surveillance de la grossesse, du travail et de l'accouchement (les techniques d'extraction et le développement des techniques de césarienne, le monitoring pour la surveillance du rythme cardiaque fœtal, l'échographie obstétricale, l'analgésie péridurale). Le suivi post-natal¹ fait également l'objet d'une surveillance accrue depuis ces dernières années, tant de la mère que de l'enfant, notamment du fait des complications liées aux suites immédiates de l'accouchement telles que l'hémorragie de la délivrance.

La gynécologie obstétrique est une spécialité exposée à haut risque médico-légal pour laquelle la responsabilité non seulement de l'obstétricien mais aussi de l'équipe médicale (gynécologue, sage-femme, anesthésiste, maison de naissance, maternité) peut être engagée. D'ailleurs, la jurisprudence reste abondante en la matière.

En effet, les dossiers liés à des demandes d'indemnisation en matière de gynéco-obstétrique sont nombreux et représentent des coûts importants.

A travers cette brochure², destinée aux juristes, mais également aux médecins, la COREME a souhaité retracer le parcours de soins de la femme enceinte à toutes les étapes de sa grossesse. Ainsi, cela permet d'apporter des éclaircissements sur le rôle et la responsabilité encourue de chacun des acteurs intervenant durant cette période : lors du suivi de grossesse (I), pendant le travail et l'accouchement (II) et durant la période post-partum (III).

1. La COREME a limité la période post-partum à l'hospitalisation de la parturiente (3 jours en moyenne). Le retour à domicile de celle-ci ne sera pas évoqué dans cette brochure.

2. Tout ce qui a trait aux pathologies de la femme, indépendantes de la grossesse, qui peuvent avoir une incidence sur le déroulé de celle-ci ne sera pas abordé (le statut juridique du fœtus, les accidents de naissance particulièrement rares (inversion des bébés, etc.), l'indemnisation des victimes de la Dépakine, le suivi pédiatrique après la sortie de la maternité, le recours des assureurs des établissements employeurs des sages-femmes, les problématiques FAPDS (dépassement de plafonds de garantie, épuisement de la garantie), ou encore, l'accouchement sous X).

I. LE SUIVI DE GROSSESSE

Lors du suivi de grossesse, certains professionnels de santé jouent un rôle primordial dans le bon déroulement de celui-ci (A). Toutefois, des accidents peuvent venir compliquer la période prénatale (B).

A. LES ACTEURS DU SUIVI DE GROSSESSE

La Haute Autorité de Santé (HAS) indique que lorsque la grossesse se déroule sans situation à risque ou que ces situations relèvent d'un faible niveau de risque, le suivi régulier peut être assuré par une sage-femme ou un médecin (généraliste, gynécologue médical ou gynécologue-obstétricien) selon le choix de la parturiente³.

Par ailleurs, la HAS définit une liste non limitative des situations à risque dans lesquelles il est soit conseillé de recueillir l'avis d'un gynécologue-obstétricien, soit indispensable d'obtenir son avis, soit encore que le suivi soit effectué directement par le gynécologue-obstétricien. C'est notamment le cas lorsqu'il existe une hypertension artérielle chez la mère, un diabète, une séropositivité, ou encore une incompatibilité fœto-maternelle⁴. Il convient de rappeler que « *l'objectif des recommandations est d'aider au suivi de la grossesse normale et d'améliorer l'identification des situations à risque de complications maternelles, obstétricales et fœtales pouvant potentiellement compliquer la grossesse (hors accouchement) afin d'en adapter si besoin le suivi* ».⁵

La classification du suivi des grossesses suivant les situations à risque est faite selon quatre catégories. Tout d'abord, le cas d'une grossesse sans risque ou à risque faible dont le suivi régulier de la grossesse peut être assuré par une sage-femme ou un médecin (généraliste, gynécologue médi-

cal ou gynécologue-obstétricien) est placé dans le « *suivi A* ». Lorsque l'avis d'un gynécologue-obstétricien ou d'un spécialiste est conseillé, c'est l'« *avis A1* » qui est retenu, et l'« *avis A2* » lorsque l'avis du gynécologue-obstétricien est rendu nécessaire. Enfin, lorsqu'une situation à risque est détectée et permet de statuer sur un niveau de risque élevé, le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien et la grossesse est située dans la catégorie de « *suivi B* ».

La Haute Autorité de Santé relève différents facteurs de risque menant à cette dernière catégorisation « *suivi B* » : des facteurs de risque généraux (notamment des facteurs individuels et sociaux ; un risque professionnel ; des antécédents familiaux) ; des antécédents personnels préexistants gynécologiques ou non (notamment des antécédents chirurgicaux ; des pathologies utéro-vaginales) ; des antécédents personnels liés à une grossesse précédente (notamment des antécédents obstétricaux ou liés à l'enfant à la naissance) ; une exposition à des toxiques (notamment à l'alcool, au tabac, aux drogues, à des médicaments potentiellement tératogènes) ; des facteurs de risque médicaux (notamment diabète gestationnel, hypertension artérielle gravidique, troubles de la coagulation) ; des maladies infectieuses (notamment toxoplasmose, rubéole, herpès génital, syphilis) ; ou encore des facteurs de risque gynécologiques et obstétricaux (notamment cancer du sein, hématome rétroplacentaire, incompatibilité fœto-maternelle).

1. Médecin traitant

Le médecin généraliste est habilité à suivre les grossesses les moins risquées. Néanmoins, en pratique, nous constatons qu'ils sont minoritaires à prendre en charge le suivi des grossesses par

3. « *Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées* » - Recommandation pour la pratique clinique – Mise à jour Mai 2016.

4. Suivi des femmes enceintes - Type de suivi recommandé, HAS (has-sante.fr).

5. Haute Autorité de Santé - Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées (has-sante.fr).

rapport aux professions spécialisées de sage-femme et de gynécologue-obstétricien. En effet, seules 24 % des femmes enceintes ont consulté au moins une fois un médecin généraliste dans le cadre de leur surveillance prénatale en 2010⁶.

Devant la spécialisation croissante des techniques médicales (échographie obstétricale, amniocentèse, procréation médicalement assistée, réanimation néonatale), les médecins généralistes sont de plus en plus éloignés du suivi de la grossesse.

Le médecin généraliste pourra prescrire les échographies, notamment celle de datation ou la première échographie obligatoire, ainsi que les suivantes dans le cas où il poursuit le suivi de grossesse. Il en est de même pour les autres examens de la parturiente, tel que le dépistage de la trisomie 21. Il peut rechercher lui-même les bruits du cœur fœtal et réaliser les analyses d'urine et les examens gynécologiques.

La relation de confiance médecin-patiente est souvent antérieure au début de grossesse avec le médecin généraliste car la femme le connaît souvent depuis plusieurs années. La prise en charge globale de la santé de la femme est de ce fait plus simple pour le médecin généraliste qui peut plus facilement assurer une approche médicale, psychologique, sociale et familiale durant l'ensemble du suivi de la grossesse.

2. Sage-femme

La sage-femme exerce une profession médicale réglementée par le Code de la santé publique (articles L.4151-1 à L.4152-9 CSP). Ainsi l'exercice de la profession de sage-femme comporte la pratique des actes nécessaires au « diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation

psychoprophylactique à l'accouchement, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins postnataux en ce qui concerne la mère et l'enfant » .

Entrent ainsi dans ses compétences celles du diagnostic et de la surveillance de la grossesse normale, de la surveillance et de la pratique des accouchements normaux ainsi que de l'examen postnatal pour des grossesses et accouchements normaux⁸.

Depuis la loi HPST n° 2009-879 du 21 juillet 2009⁹, la sage-femme est autorisée à pratiquer en toute autonomie l'ensemble des actes cliniques et techniques nécessaires au suivi et la surveillance des situations non pathologiques et au dépistage de situations pathologiques. Cependant, en cas de pathologie, elle est tenue d'adresser la patiente à un médecin¹⁰.

La sage-femme peut désormais non seulement prescrire des ordonnances médicales, mais également vacciner la femme enceinte ou le nouveau-né, jusqu'à la période postnatale. Le droit de prescription médicale reste toutefois limité¹¹. Elle peut également pratiquer les actes d'échographies obstétricales systématiques ou de dépistage¹², au cours desquels elle devra supporter personnellement les risques d'erreurs de diagnostic : « Dès lors qu'elle a accepté de répondre à une demande, la sage-femme s'engage à assurer personnellement avec conscience et dévouement les soins conformes aux données scientifiques du moment que requièrent la patiente et le nouveau-né »¹³ ou encore, « La sage-femme doit toujours élaborer son diagnostic avec le plus grand soin, en y consacrant le temps nécessaire, en s'aidant dans toute la mesure du possible des méthodes les plus appropriées et s'il y a lieu, en s'entourant des concours les plus éclairés »¹⁴.

6. Blondel B. et Kermarrec M., 2011, « Enquête nationale périnatale 2010 : les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003 », Rapport, DREES.

7. L.4151-1 CSP - Modifié par la Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 127.

8. Cass. 1^{ère} civ., 13 décembre 2005, n° 03-12.364.

9. Loi HPST n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

10. L.4151-3 CSP.

11. Arrêté du 12 octobre 2011 fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes et portant abrogation de dispositions réglementaires (legifrance.gouv.fr).

12. Décret n° 2017-702 du 2 mai 2017.

13. R.4127-325 CSP.

14. R.4127-326 CSP.

L'arrêté du 20 avril 2018¹⁵ vient définir le champ des échographies réalisables par les sages-femmes : seules les sages-femmes détentrices du DIU d'échographie gynécologique et obstétricale (ou diplômées avant 2011 d'un DU d'échographie obstétricale ou de l'attestation Universitaire d'échographie obstétricale), sont autorisées à réaliser les trois examens échographiques de dépistage de la grossesse. Toutefois, elles peuvent toutes réaliser l'échographie de datation précoce avant 11 SA, la mesure de la longueur du canal cervical du col de l'utérus, de la présentation fœtale, de l'évaluation de la vitalité fœtale, du volume amniotique.

3. Gynécologue-obstétricien

La gynécologie comprend de nombreuses disciplines, dont l'une d'elle est l'obstétrique, qui concerne plus spécifiquement la surveillance du déroulement de la grossesse et de l'accouchement, alors que la gynécologie s'intéresse plus généralement à la femme tout au long de sa vie.

Si le gynécologue-obstétricien est habilité à suivre toutes les grossesses, il est le seul compétent pour les grossesses à risques. Il est ainsi généralement secondé par la sage-femme qui gère les grossesses « normales ».

En cas de grossesse présentant des facteurs de risque, la HAS recommande¹⁶ la consultation d'un gynécologue-obstétricien ou le suivi dans son ensemble de la grossesse. Il prend ainsi en charge le diagnostic anténatal (détection avant la naissance d'une éventuelle pathologie affectant l'enfant à naître) et peut ainsi pratiquer les échographies fœtales, échocardiographies et amniocentèses.

4. L'échographiste

Depuis l'arrêté du 20 avril 2018, les médecins spécialistes en radiologie et imagerie médicale

ayant débuté l'exercice de l'échographie prénatale à partir de l'année 1997 doivent être titulaires du diplôme interuniversitaire d'échographie en gynécologie obstétrique ou doivent avoir validé le module optionnel de gynécologie obstétrique du DIU d'échographie générale.

Les médecins spécialistes en radiologie et imagerie médicale, ayant acquis, dans le cadre de la mise en œuvre du décret n° 2016-1597 du 25 novembre 2016 réformant le 3^{ème} cycle des études de médecine, les compétences dans le domaine de l'échographie en gynécologie-obstétrique au cours de leur formation initiale (formation intégrée dans la maquette du diplôme d'études spécialisées à compter de la rentrée universitaire 2017) remplissent également les conditions pour réaliser des échographies obstétricales et fœtales.

L'échographiste doit entretenir et perfectionner ses connaissances en suivant notamment les recommandations des différentes sociétés savantes dans le domaine et notamment celles de la Conférence Nationale de l'Echographie Obstétricale et Fœtale (CNEOF)¹⁷.

B. LES ACCIDENTS LORS DU SUIVI DE GROSSESSE

1. Le défaut d'information

Les différents acteurs du suivi de la grossesse ont des obligations communes, à commencer par une obligation d'information. Le Code de la santé publique dispose en son article L. 2131-1 que « toute femme enceinte reçoit, lors d'une consultation médicale, une information loyale, claire et adaptée à sa situation sur la possibilité de recourir, à sa demande, à des examens de biologie médicale et d'imagerie permettant d'évaluer le risque que l'embryon ou le fœtus présente une affection susceptible de modifier le déroulement ou le suivi de sa grossesse » et que « le prescrip-

15. Arrêté du 20 avril 2018 fixant les recommandations de bonnes pratiques relatives aux modalités de réalisation des examens d'imagerie concourant au diagnostic prénatal et aux modalités de prise en charge des femmes enceintes et des couples lors de ces examens.

16. « Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées » - Recommandation pour la pratique clinique – Mise à jour Mai 2016.

17. R.4127-304 CSP

teur, médecin ou sage-femme, communique les résultats de ces examens à la femme enceinte et lui donne toute l'information nécessaire à leur compréhension ». Si l'information doit être claire et loyale, son contenu sera variable puisqu'adapté à la situation de chaque femme enceinte.

De la même manière, les articles L. 1111-2 et L. 1111-4 du Code de la santé publique relatifs à l'obligation d'information et le consentement libre ont vocation à s'appliquer dans la phase du suivi de la grossesse. Il a pu être retenu par le juge administratif, à l'encontre d'un établissement de santé, qu'il appartenait au professionnel de santé d'informer la mère sur les risques de rupture utérine lors de la prise de décision d'effectuer un accouchement par voie basse. Le Conseil d'Etat rappelait alors que « *la circonstance que l'accouchement par voie basse constitue un évènement naturel, et non un acte médical, ne dispense pas les médecins de l'obligation de porter, le cas échéant, à la connaissance de la femme enceinte les risques qu'il est susceptible de présenter eu égard notamment à son état de santé, à celui du fœtus ou à ses antécédents médicaux, et les moyens de les prévenir* »¹⁸.

Une telle faute est à l'origine d'une perte de chance d'éviter le dommage, le juge retenant que « *s'il était probable que l'intéressée, informée des risques inhérents à chacune des voies, aurait opté pour un accouchement par voie basse, le défaut d'information avait néanmoins été à l'origine d'une perte de chance d'éviter le dommage* ».

La Cour d'appel de Versailles¹⁹ a rappelé quant à elle l'étendue du préjudice indemnisable des parents en cas de naissance d'un enfant atteint d'une malformation et d'erreur de diagnostic et d'information de ces derniers par le gynécologue. La cour d'appel retient en l'espèce que le préjudice des parents, en pareille situation, est constitué, d'une part, de la perte de chance d'obtenir une interruption médicale de grossesse, et d'autre part, du choc affectif créé par l'impréparation psychologique des parents au

handicap de leur enfant, et du préjudice d'affection en découlant. En revanche, elle rejette la demande d'un préjudice extrapatrimonial exceptionnel.

La Cour d'appel de Fort-de-France a notamment eu l'occasion de préciser qui était le débiteur de l'obligation d'information sur les risques de l'accouchement. Cette obligation pèse sur le professionnel en charge du suivi de la grossesse. En l'espèce, le gynécologue obstétricien accoucheur n'était pas celui du suivi de grossesse : l'obligation pesait ainsi sur le gynécologue qui s'est occupé du suivi de grossesse, et non celui présent lors de l'accouchement ou sur l'établissement de santé au sein duquel l'accouchement est réalisé²⁰.

Le médecin traitant peut lui aussi voir sa responsabilité engagée pour défaut d'information, notamment celui qui n'informe pas une femme enceinte de plus de 40 ans de la possibilité de réaliser une amniocentèse. Toutefois, pour engager la responsabilité du médecin traitant, cette faute doit avoir empêché la femme de procéder à un avortement. En l'espèce, il a été établi que l'examen, même proposé, n'a pas été accepté dans la suite de la grossesse de sorte qu'il n'y a pas de lien de causalité entre la faute du médecin traitant et le dommage²¹.

2. La faute de diagnostic prénatal

• Définition de la faute de diagnostic prénatal

Pour l'année 2014, en France, ont pu être décomptées 4 082 733 échographies réalisées, pour un effectif de 820 000 naissances, soit 4,98 échographies par naissance²².

L'accès au diagnostic prénatal est une activité réglementée par l'article L. 2131-1 I du Code de la santé publique, définissant le diagnostic prénatal comme les « *pratiques médicales, y compris l'échographie obstétricale et fœtale, ayant pour but de détecter in utero chez l'embryon ou le fœtus une affection d'une particulière gravité* ».

18. CE, 27 juin 2016, n° 386165.

19. CA Versailles, 4 octobre 2018, n° 17-01141.

20. CA Fort-de-France, 25 septembre 2018, n° 17/00433.

21. CA Toulouse, 22 avril 2002.

22. Conférence Nationale d'échographie obstétricale et Fœtale – L'échographie de dépistage prénatal, juillet 2016.

Ainsi, celui-ci permet d'informer la parturiente du risque que présente le fœtus d'être atteint d'une grave anomalie et de la nature prévisible de celle-ci²³. A titre d'exemple, dans 30 à 50% des cas des anomalies congénitales, l'enfant présente une anomalie du tractus urinaire, découvert de manière fortuite au cours de l'échographie du 2^e ou 3^e trimestre²⁴.

Ce diagnostic ayant pour vocation l'anticipation des soins à apporter à l'enfant, permet aussi la détection d'une affection incurable, laissant le choix aux parents de poursuivre ou non la grossesse. La parturiente est libre du choix de poursuivre ou non celle-ci avant la fin de la douzième semaine de grossesse²⁵. L'interruption médicale de grossesse ne peut être mise en avant pour les familles : il n'existe pas de liste de maladie ou handicap pour laquelle l'interruption peut être médicalement autorisée de manière automatique. En effet, toute pratique eugénique tendant à l'organisation de la sélection des personnes est interdite²⁶. C'est uniquement à la demande de la mère que celle-ci peut être envisagée.

Le professionnel de santé en charge du suivi de grossesse peut toutefois commettre un défaut de diagnostic anténatal. Cette faute, lorsqu'elle revêt un caractère d'intensité et d'évidence, est une faute caractérisée²⁷ permettant d'engager la responsabilité du médecin ou de l'établissement envers les parents d'un enfant né avec un handicap non décelé pendant la grossesse²⁸. Cette exigence de faute caractérisée est issue de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002.

Le Conseil d'Etat a estimé, dans une décision du 19 février 2003²⁹, que constitue une faute caractérisée le fait pour l'AP-HP d'invertir des résultats d'analyse d'amniocentèses pratiquées sur deux patientes. En revanche, l'absence d'information sur le degré de fiabilité des résultats et d'analyses

et la marge d'erreur les affectant ne constitue pas une faute caractérisée³⁰.

De même, la Cour d'appel d'Angers a pu estimer qu'étaient constitutives d'une faute caractérisée l'absence de vigilance et la légèreté répétée à trois reprises, le médecin n'ayant pu déceler pendant la grossesse le syndrome polymalformatif du membre inférieur droit aux examens de la 12^{ème}, 20^{ème}, et 25^{ème} semaine, alors que le diagnostic était accessible à l'échographie.

La Cour de cassation, quant à elle, a tenté de délimiter les contours de cette notion, dans un arrêt de la première chambre civile du 16 janvier 2013³¹. Une femme a accouché d'une fille présentant une agénésie de l'avant-bras droit. Au cours de sa grossesse, elle avait fait l'objet de trois échographies pratiquées successivement par deux médecins échographistes. Les parents ont recherché la responsabilité des deux praticiens.

La cour d'appel a relevé que l'un des médecins échographistes avait indiqué, dans son compte-rendu écrit, que les membres étaient visibles avec leurs extrémités. Elle en a alors déduit la commission d'une faute qui, par son intensité et son évidence, était caractérisée au sens de l'article L. 114-5 du Code de l'action sociale et des familles, qui prévoit l'indemnisation du préjudice des parents causé par la faute caractérisée d'un professionnel ou d'un établissement de santé dans la naissance d'un enfant dont le handicap n'a, par cette faute, pas été décelé pendant la grossesse.

La Cour de cassation rejette le pourvoi formé par l'un des échographistes, lequel soutenait que son erreur n'était pas fautive compte tenu « des difficultés et de la marge d'erreur inhérentes à ce type d'examen ». Selon la Haute juridiction, la cour d'appel, ayant déduit l'existence d'une faute caractérisée du constat que l'autre médecin

23. Etude de l'INSERM - 2003.

24. Diagnostic anténatal des uronéphropathies malformatives – B. Maugey-Laulom, L. Chérier.

25. L.2213-1 al. 1 CSP.

26. Article 16-4 du Code civil.

27. Pour aller plus loin sur la faute caractérisée, voir la brochure COREME 2020 intitulée « Faute, aléa thérapeutique, perte de chance : état des lieux 18 ans après la loi du 4 mars 2002 ».

28. CASF, art. L. 114-5 al. 2.

29. CE, 19 février 2003, n° 247908.

30. CE, 9 février 2005, n° 255990.

31. Cass. 1^{ère} civ., 16 janvier 2013, n° 12-14.020.

échographiste avait affirmé, dans le compte-rendu écrit de l'examen, la présence de deux mains, a, par ce seul motif, légalement justifié sa décision de condamner in solidum les deux médecins échographistes à réparer le dommage moral subi par les parents.

Selon l'article 1 de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des patients, « nul ne peut se prévaloir d'un préjudice du seul fait de sa naissance »³².

Néanmoins, cet article ajoute que « la personne née avec un handicap dû à une faute médicale ne pourra alors obtenir la réparation de son préjudice que lorsque l'acte fautif a provoqué directement le handicap ou l'a aggravé, ou n'a pas permis de prendre les mesures susceptibles de l'atténuer ».

De plus, « lorsque la responsabilité d'un professionnel ou d'un établissement de santé est engagée vis-à-vis des parents d'un enfant né avec un handicap non décelé pendant la grossesse, l'étendue de leur indemnisation reposera sur l'existence d'une faute caractérisée ». Bien que le législateur n'ait pas défini la notion de faute caractérisée, celle-ci renvoie au « caractère non sérieusement contestable du manquement et à son intensité, autrement dit à sa gravité appréhendée comme une défaillance inadmissible »³³. Ce préjudice ne saurait inclure les charges particulières découlant, tout au long de la vie de l'enfant, de ce handicap. La compensation de ce dernier relève de la solidarité nationale. En effet, le médecin n'est pas responsable de la maladie ou de l'anomalie présentée par l'enfant, il n'est responsable que de la faute qu'il a commise dans son diagnostic. Pour certains auteurs, cette exigence de faute caractérisée témoignerait ainsi d'une certaine immunité dont bénéficieraient les échographistes et obstétriciens³⁴.

Toutefois, il semble qu'on puisse assister à une évolution envisageable concernant le champ d'application de l'indemnisation aux parents. Les frères et sœurs du nouveau-né, ses grands-parents, pourraient, eux aussi, prétendre à la répa-

ration de leur préjudices personnels : tant que le lien de causalité entre la faute caractérisée et le préjudice subi est démontré, toute indemnisation ne semble pas être exclue³⁵.

- Réglementation relative à l'échographie et survenue d'une faute

L'échographie obstétricale et fœtale correspond aux « examens d'imagerie par ultrasons à des fins médicales effectuées dans le cadre de la grossesse ». Les récentes références médicales opposables en obstétrique prévoient par ailleurs trois échographies « obligatoires », correspondant aux trois trimestres de la grossesse et permettant ainsi de dépister en temps utile la majorité des complications. L'obligation est celle du médecin d'informer la patiente de leur existence et de leur utilité. La décision de les effectuer revient à la mère : seule la mère est décisionnaire sur la réalisation, ou non, des échographies recommandées par les médecins. En effet, le choix revient à la mère puisque les résultats de ces examens peuvent modifier et avoir un impact sur sa grossesse et sa progression.

Les recommandations imposent par ailleurs un certain nombre de contraintes matérielles et de compétences³⁶ : les échographies doivent être effectuées avec un matériel récent comportant une sonde trans-abdominale et une sonde trans-vaginale. L'exploration doit être menée par un échographiste compétent.

L'échographie est utilisée principalement dans deux buts : à visée préventive, afin d'évaluer le risque d'une affection susceptible de modifier le déroulement ou la surveillance de la grossesse ou à visée diagnostique en raison d'un risque avéré d'anomalie fœtale, y compris l'échographie obstétricale et fœtale limitée à une partie de l'anatomie ou de la biométrie du fœtus et de ses annexes³⁷.

Ainsi, l'échographie de dépistage, et notamment l'échographie du premier trimestre avec dépistage de la trisomie 21, permet la mesure de la

32. L.114-5 - Modifié par Loi n°2005-102 du 11 février 2005 - art. 2 (M) JORF 12 février 2005.

33. CA Aix en Provence, 11 février 2011, n°19/15175.

34. Les diagnostics anténataux : accès et enjeux – Alice FRETIN.

35. CAA Nantes, 5 octobre 2018, n° 16NT03990 ; CAA Bordeaux, 4 décembre 2018, n° 16BX02831.

36. Prévention en obstétrique – Revue Française du dommage corporel - G. Viguier et B. Seguy.

37. R.2131-1 III du CSP.

clarté nucale devant répondre à des exigences en termes de qualité, ou encore la longueur crânio-caudale³⁸⁻³⁹. Trois examens sont systématiquement conseillés à la parturiente pour chacun des trimestres de la grossesse.

En cas de difficulté d'analyse ou de suspicion de pathologie, la future mère est orientée vers l'échographie dite « *de diagnostic* ». Ces échographies sont réalisées en deuxième intention, après une échographie de dépistage ayant dépisté ou suspecté une anomalie ou dans le cadre d'une notion de risque particulier. Le risque accru peut concerner une anomalie morphologique fœtale comme un retard de croissance, une clarté nucale augmentée ; un risque accru de maladie génétique ou enfin, un risque lié à l'environnement tels qu'une infection (toxoplasmose, séro-conversion de rubéole...), une exposition à des produits tératogènes ou foetotoxiques (médicamenteux par exemple), une exposition à des radiations ionisantes ou un événement hémodynamique (collapsus maternel, anémie fœtale...). Le but sera de confirmer et préciser, redresser ou exclure un diagnostic évoqué. Les comptes rendus de ces examens sont par ailleurs standardisés CNEOF 2016. Ces comptes rendus doivent être parfaitement lisibles et précis.

Une « *check-list* » a été élaborée par le Comité National Technique de l'Echographie de Dépistage Prénatal en mai 2005, dans une démarche de qualité des examens et de simplification de la position des professionnels de santé. Ainsi, le référentiel présenté par le CNTEDP évoque les points importants à inscrire au compte rendu des examens d'échographie. Cela permet de rappeler au professionnel que l'image qu'il fait du fœtus, bien que non parfaite, doit permettre la recherche de l'ensemble des éléments de la check-list. Certains éléments ne sont pas demandés par cette liste et il est ainsi recommandé au médecin de ne pas inscrire au compte rendu des éléments non demandés, qui pourraient par la suite permettre d'engager sa responsabilité pour erreur de diagnostic : par exemple, les oreilles et

les doigts n'ont pas à être recherchés sur l'échographie du premier trimestre, mais l'indication d'une information erronée sur leur présence dans le compte rendu pourrait entraîner la responsabilité du médecin en cas d'erreur.

Les échographies réalisées peuvent aussi être des échographies dites focalisées. Il s'agit de toutes les échographies qui ne sont ni des échographies de dépistage ni dites de diagnostic, effectuées en raison d'une indication médicale précise. Elles sont limitées à une partie de l'anatomie ou de la biométrie du fœtus et de ses annexes et peuvent-être répétées au cours de la grossesse. Il peut s'agir par exemple de la surveillance de la quantité de liquide amniotique en fin de grossesse ou encore de la surveillance d'un retard de croissance intra-utérin.

Dans l'ensemble de ces cas, le demandeur de l'examen échographique, ou à défaut l'échographiste, doit délivrer une information et recueillir le consentement de la femme enceinte à la réalisation d'une échographie obstétricale et fœtale⁴⁰. Un formulaire de consentement doit être signé par la patiente et le praticien, ce dernier en gardant un exemplaire.

L'article L.2131-1 VI CSP précise notamment qu'« *en cas d'échographie obstétricale et fœtale, il lui est précisé en particulier que l'absence d'anomalie détectée ne permet pas d'affirmer que le fœtus soit indemne de toute affection et qu'une suspicion d'anomalie peut ne pas être confirmée ultérieurement* », reconnaissant ainsi l'existence du faux négatif et du faux positif. Pour autant, il a pu être considéré par la Haute Juridiction que, bien que considérant que le professionnel de santé avait commis une faute en « *s'abstenant d'informer Mme M. du retard de croissance et d'entreprendre les investigations afin d'en déterminer la cause, cette faute ne revêt pas les exigences d'intensité et d'évidence constitutives de la faute caractérisée* »⁴¹.

Le prescripteur de l'échographie doit relire le compte rendu de celle-ci ainsi que les clichés.

38. Arrêté du 23 juin 2009 fixant les règles de bonnes pratiques en matière de dépistage et de diagnostic prénatals avec utilisation des marqueurs sériques maternels de la trisomie 21 (rédigé en collaboration du CNEOF).

39. Rapport CNEOF de 2005 définissant les recommandations sur le contenu de l'examen échographique obstétrical de dépistage : Dernière mise à jour en 2016.

40. L.2131-1 CSP.

41. Cass. 1^{ère} civ., 15 décembre 2011, n° 10-27.473.

Sans réaction de sa part, cela indiquerait l'absence d'anomalie, ce qui peut, en cas de faute, conduire à rechercher une responsabilité partagée entre le prescripteur et celui qui a réalisé l'échographie. Pour un médecin échographiste, la faute caractérisée est entendue comme « une faute qui par son intensité et son évidence dépasse la marge d'erreur habituelle d'appréciation, compte tenu des difficultés inhérentes au diagnostic anténatal »⁴².

Ainsi, il a pu être retenu que le gynécologue-obstétricien suivant la grossesse, et qui, à l'occasion d'une échographie, constate un retard de croissance intra-utérin (RCIU) mais s'abstient d'informer la mère et d'évaluer la cause du RCIU, commet une faute. A la naissance, l'enfant né est alors atteint d'un grave handicap mental et physique (syndrome de Wolf-Hirschhorn). Toutefois, l'échographie pratiquée et, d'ailleurs, l'ensemble du suivi de la grossesse, ne permettant pas de détecter d'anomalie morphologique de l'enfant, cette faute ne revêt pas les exigences d'intensité et d'évidence constitutives de la faute caractérisée requise par l'article L. 114-5 alinéa 3 du Code de l'action sociale et des familles⁴³. A contrario, dans le cas où le radiologue avait toutes les informations nécessaires au diagnostic de spina bifida, il a pu être retenu par le juge que cette absence de diagnostic constitue une faute caractérisée et que l'indemnisation des parents devait intervenir au titre du préjudice psychologique de ne pas avoir pu se préparer à l'arrivée d'un enfant lourdement handicapé⁴⁴. Cela étant, la cour d'appel déboute, là encore, les parents de leur demande d'indemnisation du préjudice de l'enfant au motif que la preuve d'une relation de causalité entre la faute du médecin et le préjudice de l'enfant constitué par son handicap n'est pas rapportée, à défaut d'avoir rapporté la preuve que la mère aurait interrompu sa grossesse si le bon diagnostic avait été posé dans les temps.

La faute caractérisée a pu être retenue à l'encontre d'un échographe à qui les recommanda-

tions de bonnes pratiques imposaient de bien visualiser les quatre membres dans leur trois segments et qui avait négligé de rechercher l'ensemble des membres au cours de l'échographie : « la faute est d'autant plus manifeste que l'échographie, par la visualisation des quatre membres dans leur trois segments constitue le seul moyen de dépister les agénésies et qu'en l'espèce les clichés étaient de bonne qualité »⁴⁵.

• Le dépistage de la Trisomie 21 et la survenue d'une faute

Le dépistage et le diagnostic prénatal sont à distinguer. En effet, le dépistage a pour but d'évaluer le risque de trisomie 21 mais seule une étude des chromosomes, par amniocentèse ou chorioncentèse, permet d'établir le diagnostic de certitude. En effet, compte tenu du risque de fausse couche (0,5%), une stratégie de dépistage par des méthodes non invasives a été mise en place. Le dépistage est combiné à d'autres facteurs de risques tels que l'âge maternel, les marqueurs sériques ainsi que la mesure de la clarté nucale par échographie.

Si le dépistage cible un risque accru (>1/250), cela veut dire que le résultat est compatible avec une trisomie 21 fœtale. Une consultation de diagnostic anténatal est nécessaire et un contrôle par caryotype fœtal doit être proposé afin de confirmer ce résultat. En effet, un dépistage positif ne signifie pas obligatoirement que le fœtus soit porteur de trisomie 21. Le dépistage évalue seulement la probabilité que le fœtus ait ou non une trisomie 21.

Le dépistage a par ailleurs été récemment adapté sur recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS)⁴⁶ pour inclure le diagnostic prénatal non invasif (DPNI), un test sanguin qui permet de dépister la trisomie 21 par étude de l'ADN libre foeto-placentaire circulant dans le sang maternel⁴⁷. La proposition d'un DPNI est indiquée

42. Cass. 1^{ère} civ., 16 janvier 2013, n° 12-14.020.

43. Cass. 1^{ère} civ., 14 novembre 2013, n° 12-21.576.

44. CA Aix en Provence, 28 avril 2010, n° 08/04180.

45. CA Aix en Provence, 11 février 2021, n° 19/15175.

46. Recommandations mai 2017 - Place des tests ADN libre circulant dans le sang maternel dans le dépistage de la trisomie 21 fœtale.

47. Arrêté du 23 juin 2009 fixant les règles de bonnes pratiques en matière de dépistage et de diagnostic prénatals avec utilisation des marqueurs sériques maternels de la trisomie 21.

lorsque la patiente est considérée à risque après le dépistage par les marqueurs sériques, pour les patientes de plus de 38 ans n'ayant pas pu bénéficier du dépistage par les marqueurs sériques, pour les couples dont l'un des membres est porteur d'une translocation robertsonienne impliquant un chromosome 21, ou enfin les patientes présentant un antécédent de grossesse avec trisomie 21. En cas de résultat positif, là aussi, la confirmation repose sur une étude du caryotype fœtal. Le DPNI n'est cependant pas recommandé dans tous les cas, notamment en cas de signes d'appels échographiques ou encore en cas de clarté nucale supérieure ou égale à 3,5mm, induisant un risque pour le fœtus d'être porteur d'une anomalie chromosomique déséquilibrée, autre que la trisomie 13,18 et 21 (8% des cas).

Les prescripteurs de ces examens de dépistage de la trisomie 21 sont les médecins et les sages-femmes. Le prescripteur rendra et expliquera les résultats de ces examens à la patiente. L'information doit porter sur l'ensemble des méthodes reconnues et disponibles. De plus et selon le législateur, l'information doit porter sur les objectifs, les modalités, les risques, les limites et le caractère non obligatoire des examens⁴⁸. Un formalisme est exigé dans le domaine du diagnostic prénatal, domaine très sensible⁴⁹, et les magistrats sont par ailleurs particulièrement exigeants concernant l'information délivrée : précision sur l'existence de DPNI, ses modalités, sa fiabilité⁵⁰ ainsi que son non-remboursement. Le professionnel de santé a, notamment, l'obligation d'informer la parturiente de la possibilité de recourir à un dépistage combiné permettant d'évaluer le risque de trisomie 21 pour l'enfant à naître, auquel cas la faute caractérisée peut être retenue dans le cas d'un médecin n'ayant proposé aux parents aucun acte de diagnostic prénatal de la trisomie 21⁵¹.

Le Conseil d'État a pu, quant à lui, se prononcer en retenant une faute caractérisée dans l'hypothèse où le médecin n'avait pas transmis correcte-

ment aux parents les résultats des tests de dépistage⁵². A l'inverse, le fait de ne pas proposer une amniocentèse à l'issue d'un test sanguin révélant un risque d'anomalie chromosomique n'est pas nécessairement une faute caractérisée⁵³.

Cela étant, il est à noter qu'en présence d'un défaut d'information de la part du professionnel de santé, il convient d'établir un lien de causalité, non pas avec le handicap de l'enfant à naître, mais avec le préjudice de la mère. Certains juges semblent établir la causalité par présomption : le préjudice des parents résidera en une perte de chance de se soustraire à un risque⁵⁴, ou ne pas avoir pu se préparer à la survenance d'un risque⁵⁵. De manière générale, le juge établit la probabilité pour la future mère d'avoir fait le choix d'interrompre sa grossesse.

A titre d'illustration : Cass. 1^{ère} civ., 6 mai 2010, n° 09-11.157 : « *alors qu'elle avait relevé par motifs propres et motifs adoptés, que, selon l'expert, cette échographie constituait le moyen le plus fiable et le plus adapté de déceler, par la mesure de la nuque du foetus, une éventuelle trisomie 21, à condition qu'il soit pratiqué dans les délais indiqués, que l'existence d'une nuque épaisse de plus de 3 mm à 12 semaines d'aménorrhée constituait une indication de caryotype, que cette analyse se pratiquait sur le liquide amniotique prélevé à 17 semaines par amniocentèse et qu'il était dès lors possible, si se révélait une trisomie 21, considérée comme une affection incurable et d'une particulière gravité, de recourir à une interruption de grossesse, de sorte que M. Z..., qui n'était pas dispensé de son obligation d'information par l'intention, d'ailleurs non suivie d'effet, exprimée par Mme X... de consulter un autre médecin, avait, par son abstention, privé celle-ci de la possibilité d'obtenir un des éléments du diagnostic de la trisomie 21 du foetus, lequel lui aurait permis d'exercer le choix éclairé d'interrompre ou non sa grossesse, la cour d'appel a violé le texte susvisé* ».

48. L. 2131-1 al 6 CSP.

49. L'information sur les nouvelles méthodes de dépistage de la trisomie 21 : quelle(s) limite(s) ? Quel(s) risque(s) – Karine SFERLAZZO, Revue droit et santé n° 78, Juillet 2017.

50. CE, 14 février 1997, n° 133238, publié au recueil Lebon.

51. CAA Marseille, 18 janvier 2011, n° 08MA01704 ; CAA Paris, 24 juin 2008, n° 04PA00885.

52. CE, 19 février 2003 ; CA Besançon, 4 janvier 2012, n° 10/02448.

53. Cass. 1^{ère} civ., 5 juillet 2017, n° 16-21.147.

54. CA Colmar, 7 février 2013, n° 10/02453.

55. CE, 16 juin 2016, n° 382479.

• Survenue d'une faute au cours de l'acte médical de l'amniocentèse

L'acte d'amniocentèse est un acte médical qui, par nature, comporte des risques connus de décès par fausse-couche ou d'invalidité, même réalisé dans le respect des règles de l'art. La patiente doit donc être informée dans des conditions qui permettent de recueillir son consentement éclairé. Ainsi, la pratique d'une amniocentèse, justifiée par les résultats des échographies et examens, réalisée dans les règles de l'art par recours à deux ponctions au cours de la même séance, et qui a été suivi de complications en raison d'une fissuration des membranes, conduisant à la mort de l'enfant n'entraîne pas la responsabilité du professionnel de santé⁵⁶. A contrario, la lésion provoquée sur la joue du fœtus, atteinte à deux reprises par l'aiguille contenant le produit iodé, alors que la position du fœtus était parfaitement connue, entraîne l'engagement de la responsabilité du médecin. En effet, sa maladresse est constitutive d'une faute lourde de nature à engager la responsabilité du centre hospitalier⁵⁷.

En cas de survenance d'un risque lié à l'amniocentèse, le médecin doit non seulement informer la patiente de la survenue de celui-ci, même sans faute de sa part, mais aussi l'informer de la possibilité d'interruption de grossesse. En l'espèce, un nouveau-né a présenté des séquelles en lien avec une insuffisance de liquide amniotique, liquide qui a fui à la suite de la réalisation d'une biopsie. Or, une telle fuite, révélée par les échographies réalisées, faisait courir un risque de malformations et de conséquences cardiaques et neurologiques à l'enfant. Une indication d'interruption de fin de grossesse aurait pu être posée mais le médecin n'a pas informé les parents de la survenance du risque, alors même que ceux-ci lui avaient fait part de leur souhait de voir la grossesse interrompue en présence de risques pour l'enfant. La Cour de cassation retient que

le médecin a commis une faute, empêchant la parturiente d'exercer son choix d'interrompre sa grossesse pour motif thérapeutique⁵⁸.

3. Le défaut d'indication du mode d'accouchement

Selon les recommandations CNGOF, il convient de privilégier la voie basse mais son bien-fondé doit être reconsidéré à toutes les étapes. Dès lors, il peut être indiqué dans certaines situations, tout au long du suivi de la grossesse, la nécessité de recours à une césarienne programmée, représentant 10,9% des accouchements en France en 2010⁵⁹. La césarienne concerne une femme sur cinq⁶⁰. L'indication du mode d'accouchement doit se fonder sur l'état de santé de la future mère et du fœtus et des risques que peuvent présenter la grossesse. Le médecin est tenu de se référer aux données acquises de la science à la date de l'accouchement⁶¹.

En cas de présentation par le siège, mode d'accouchement considéré à risque, bien que les critères d'acceptation de la voie basse varient d'un centre à l'autre, les obstétriciens en France continuent de pratiquer ce type d'accouchement pour les présentations du siège à terme, même si la césarienne reste majoritaire avec des taux de 83,9% pour les primipares et 70,4% pour les multipares se présentant en siège⁶².

La définition de la césarienne programmée retenue dans les recommandations de la Haute Autorité de Santé est la césarienne programmée à terme (> 37 SA), non liée à une situation d'urgence apparaissant en dehors du travail ou au cours du travail. Sont exclues du champ de ces recommandations les indications d'une césarienne programmée avant terme (< 37 SA) et les indications d'une césarienne liée à une situation d'urgence apparaissant avant le travail ou au cours du travail. Il est à noter qu'une césarienne

56. CAA Nantes, 20 juin 2013, n° 12NT00989.

57. CE, 14 octobre 1988, n° 50077.

58. Cass, 1^{ère} civ., 24 janvier 2006, n° 01-16.684.

59. Césarienne : informatiser les pratiques – Elise Thellier ; Dan Benhamou.

60. Blondel B., Kermarec M. : La situation en France en 2010. Premiers résultats de l'enquête nationale périnatale. Etudes et résultats n° 775, Octobre 2011.

61. Cass., 1^{ère} civ., 13 juillet 2016, n° 15-20.268.

62. Le Ray C, Blondel B, Prunet C, Khiredidine I, Deneux-Tharaux C, Goffinet F. Stabilising the cesarean rate : which target population ? Br J Obstet Gynaecol 2015 ; 122(5) : 690-9.

programmée peut être réalisée en urgence antérieurement au terme initialement prévu⁶³.

Il y a alors indication de la césarienne programmée lorsque la parturiente présente un utérus cicatriciel, une grossesse gémellaire, une présentation du fœtus par le siège ou encore une macrosomie du fœtus. La mère peut, elle aussi, demander la pratique d'une césarienne, notamment par peur de la naissance, ou la mauvaise expérience lors d'une précédente grossesse. Dès lors, l'ensemble des facteurs de risques doivent être pris en compte par le médecin de la parturiente, qui, en cas de doute, doit procéder à des examens complémentaires telle que l'hyperglycémie ou une nouvelle échographie, mettant en évidence l'indication d'une césarienne : « le docteur I. en ne faisant pas les examens complémentaires indispensables et en ne pratiquant pas cette césarienne a commis une faute qui a fait perdre à Mme [...] la chance de bénéficier d'un accouchement sans risque de dystocie ; en effet l'augmentation considérable des risques de complication en cas d'accouchement par voie naturelle en cas de macrosomie du fœtus est admise alors qu'un accouchement par césarienne qui ne présentait aucune contre-indication, permet d'éviter totalement ces risques. Cette perte de chance sera évaluée à 50% du préjudice »⁶⁴.

Pour toute décision de césarienne programmée, la parturiente doit être informée de son indication, du rapport bénéfices/risques ainsi que des conditions de réalisation. L'ensemble des éléments d'information doivent être inscrits au dossier médical et la parturiente doit donner son consentement. Toutefois, le seul fait pour le médecin de modifier le choix indiqué à la mère, choix accepté par cette dernière, ne permet pas en lui-même la caractérisation d'une faute. En l'espèce, il avait été convenu par le professionnel de santé et la future mère la programmation d'une césarienne. Après le ressenti des premières contractions avant la date prévue de la césarienne, le gynécologue a pris la décision de procéder à un accouchement par voie naturelle, sans l'accord de la patiente sur l'aban-

don du recours à la césarienne. Une dystocie des épaules est survenue, entraînant une paralysie du plexus brachial droit. Selon la Cour de cassation, l'information complète de la patiente ne lui aurait pas offert les arguments d'un autre choix que celui retenu par le médecin : il n'existe ainsi pas de lien entre le défaut d'information et le préjudice subi⁶⁵.

De même, concernant le choix d'accouchement par voie basse, la circonstance qu'un tel accouchement constitue un événement naturel et non un acte médical⁶⁶ ne dispense pas les médecins de l'obligation de porter, le cas échéant, à la connaissance de la femme enceinte les risques qu'il est susceptible de présenter eu égard notamment à son état de santé, à celui du fœtus ou à ses antécédents médicaux, ainsi que les moyens de les prévenir. L'intéressée doit être informée de ces risques, ainsi que de la possibilité de procéder à une césarienne et des risques inhérents à une telle intervention ; en particulier en présence d'une pathologie de la mère ou de l'enfant à naître ou d'antécédents médicaux entraînant un risque connu en cas d'accouchement par voie basse⁶⁷.

Outre l'information à donner à la future mère, il convient de procéder à un choix indiqué selon l'état de santé de cette dernière. Ainsi, engage sa responsabilité le gynécologue qui fait prendre des risques à sa patiente en acceptant, d'une part, de procéder à une induction de l'ovulation chez une femme âgée de 44 ans qui avait déjà quatre enfants et souffrait d'une dysovulation et avait fait deux accidents abortifs et d'autre part, de déclencher artificiellement l'accouchement, sans justification thérapeutique malgré ses antécédents et dans des conditions obstétricales peu favorables⁶⁸.

4. Défaut/Retard de prise en charge de complications au cours de la grossesse

L'échographie au cours de la grossesse est primordiale dans le suivi de l'évolution de l'embryon, et la surveillance de potentielles complications

63. Indications de la césarienne programmée à terme – Recommandation HAS.

64. CA Aix-en-Provence, 19 décembre 2007, n° 06/09213.

65. Cass. 1^{ère} civ., 31 mai 2007, n° 03-19.365.

66. CE, 27 juin 2016, n°386165.

67. CAA Paris, 23 juin 2020, n° 17PA03179.

68. Cass. 1^{ère} civ., 27 mai 1998, n° 96-19.161.

liées à la grossesse. Tout d'abord l'échographie du premier trimestre, à réaliser entre 11 et 13 semaines et 6 jours d'aménorrhée permet l'approche morphologique de l'embryon et la précision de la présence, ou non, d'une grossesse multiple, élément capital de surveillance.

De surcroît, cette première échographie complète le premier examen clinique à l'occasion d'un symptôme clinique anormal du début de grossesse (douleur pelvienne, métrorragies) ou en raison d'antécédents (grossesse interrompue, accouchement prématuré...). L'échographie pourra alors permettre de diagnostiquer une grossesse pathologique : interrompue, menacée par une anomalie d'implantation ou dimensionnelle, suspicion de grossesse extra utérine, ou pathologie du trophoblaste.

Les complications au cours de la grossesse peuvent aussi toucher la mère, qui peut développer des pathologies gynécologiques telles que le kyste de l'ovaire, qui est fréquent (25%) mais disparaît dans la majorité des cas de manière spontanée, ou encore le fibrome qui concerne 3% des grossesses⁶⁹.

L'échographie n'est pas le seul moyen de détecter une anomalie chez la parturiente ou le fœtus. Les complications les plus fréquentes qui surviennent au cours de la grossesse sont les troubles hypertensifs ou le diabète gestationnel, ou encore la présence d'un choriocarcinome placentaire, tumeur hautement maligne. Son diagnostic repose largement sur un marqueur biologique : l'hGC. Dès lors qu'une anomalie est détectée, les professionnels de santé doivent se concerter pour décider des suites de la prise en charge de la parturiente. A défaut, le professionnel de santé peut voir sa responsabilité engagée pour retard de prise en charge. Tel est le cas dans une affaire où le service de gynécologie obstétrique n'a pris le relais qu'un mois plus tard⁷⁰. Toutefois, dans certains cas, il peut être retenu que la surveillance des hGC n'aurait pas empêché l'évolution de la maladie vers un choriocarcinome. Ainsi, et même si le diagnostic aurait pu être posé plus tôt et que

la prise en charge par chimiothérapie avait été réalisée plusieurs mois en amont, favorisant le pronostic de l'enfant, la responsabilité du professionnel de santé ne peut être retenue⁷¹.

L'une des complications fœtales fréquentes est le développement de maladies auto immunes (lupus érythémateux systémique et syndrome des anti-phospholipides). Elles sont la cause d'une morbi-mortalité obstétricale et périnatale si elles ne sont pas contrôlées avant et au cours de la grossesse. Elles nécessitent donc une prise en charge collégiale, par des spécialistes en auto-immunité et des gynécologues-obstétriciens. Ces maladies augmentent le risque de fausses couches spontanées (16% au lieu de 12,7%), de pré-éclampsie (entre 16% et 23% au lieu de 1% à 5%), de prématurité fœtale (8% à 21% contre 8,6%), de retard de croissance intra-utérin (9 à 23% versus 11% en population générale) ou encore de mort fœtale in utero (5% au lieu de 1,5%)⁷².

Concernant le syndrome des anti-phospholipides, il a pu être constaté que 188 sur 1000 patientes étaient atteintes, dont 16,5% ont subi une fausse couche spontanée, 6,4% ont enduré une éclampsie, 48,2% ont donné naissance à des prématurés, 26,3% ont donné lieu à un retard de croissance intra-utérin et 4,8% des fœtus sont morts in utero.

Les anomalies qui surviennent au cours de la grossesse doivent être prises en charge en temps et en heure et de manière efficace. Dès lors, une absence de conduite claire dans un contexte de retard de croissance intra-utérin au cours d'une grossesse gémellaire constitue un manquement de la part de l'établissement de santé : « *Considérant qu'il s'ensuit que le double manquement de l'hôpital, constitué d'une absence de conduite claire à tenir en fin de grossesse dans un contexte de retard de croissance intra-utérin compliquant une grossesse gémellaire en rapport avec une erreur d'interprétation du rythme cardiaque fœtal, [...] de nature à engager la responsabilité de cet établissement en ce qui concerne les préjudices spécifiques au passage en réanimation de*

69. Echographie du premier trimestre de la grossesse – P. Bourgeot, Y. Robert.

70. CH du Havre c/ L, avis CCI Haute-Normandie 4/12/14 dossier 13-076-C-081367.

71. TGI Nanterre, 6 mars 2009, n° 08/08764.

72. A. Mattuizzi et al. – Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie 48 (2020) 448-452.

l'enfant ; que le taux de 90% retenu par les premiers juges pour évaluer la chance perdue pour l'enfant de ne pas avoir été transféré en service de réanimation néonatale ne peut, au vu de ce qui vient d'être dit, qu'être confirmé »⁷³.

A titre d'illustration, citons la décision de la Cour d'appel de Douai, 7 mai 2020, n° 18/05429 :

« En premier lieu, les experts relèvent que le docteur A n'a pas mesuré la hauteur utérine lors de la visite prénatale du 8 janvier 2012 à 32 semaines d'aménorrhées. Il n'a en effet procédé à ce contrôle qu'à l'occasion de la visite mensuelle du 7 février 2012, soit une semaine avant le déclenchement de l'accouchement de D. Il en résulte un retard significatif dans l'identification du RCIU affectant D et dans les investigations à entreprendre pour porter le diagnostic de son origine. Une telle faute a en effet conduit à ne pas anticiper la réalisation de la troisième échographie systématique de grossesse, qui n'interviendra en définitive qu'au 25 janvier 2012.

Sur ce point, l'expert obstétricien souligne que Mme X n'était pas en surpoids, de sorte qu'il est très vraisemblable que si cette mesure [de la hauteur utérine] avait été pratiquée, elle aurait permis de suspecter l'existence d'un retard de croissance intra-utérin et de décider d'avancer le terme de réalisation de la troisième échographie systématique de la grossesse, soit vers 32-33 semaines d'aménorrhée. De même, l'expert généticien rappelle que Mme X ne présentait aucun des facteurs générant habituellement un petit poids de naissance sans pathologie fœtale (tabagisme, taille et poids, éthylisme, traitement médicamenteux, poids de la fratrie à la naissance). »

5. Prééclampsie et éclampsie

• Présentation de l'éclampsie et ses conséquences

La prééclampsie fait partie des troubles hypertensifs constituant les complications de la grossesse et représentant l'une des causes majeures de mortalité maternelles et périnatales. Selon sa définition clinique, cette pathologie est caracté-

risée, au cours de la grossesse, par une élévation de la pression artérielle, pouvant s'accompagner d'une concentration importante de protéines dans les urines. Ces manifestations sont souvent liées à divers symptômes : céphalées violentes, hypersensibilité visuelle, acouphènes, vomissements, œdèmes massifs et prise de poids brutale. La prééclampsie survient principalement au milieu du second trimestre, après vingt semaines d'aménorrhée. Elle peut aussi survenir, plus rarement, peu de temps avant l'accouchement ou parfois même après, post partum⁷⁴.

Après l'apparition de premiers symptômes, la prééclampsie nécessite une prise en charge, sans quoi le pronostic vital de la mère et du fœtus peuvent être mis en jeu par les complications qui peuvent en découler, notamment celle de l'éclampsie. Il s'agit de crises convulsives provoquées par une hypertension artérielle intracrânienne chez la mère. Dès lors, le suivi de la prééclampsie permettra d'évaluer les mesures à mettre en œuvre, notamment s'il devient nécessaire d'extraire le fœtus. Dans les cas sévères, une césarienne pour extraction du fœtus est indiquée⁷⁵.

• Existence de recommandations liées à l'éclampsie

Afin d'aider les professionnels de santé dans le suivi et la prise en charge d'une telle pathologie, la Haute Autorité de Santé a pris soin de l'inclure dans son guide de recommandations (dernière mise à jour en mai 2016) sur le suivi et l'orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. Ainsi, dans le cas d'antécédents obstétricaux d'hypertension gravidique, la Haute Autorité de Santé recommande l'avis d'un gynécologue-obstétricien. Dans le cas où la parturiente a déjà fait l'objet d'une prééclampsie lors d'une précédente grossesse, ou à partir du moment où une prééclampsie est redoutée chez la femme, le suivi par un gynécologue-obstétricien sera nécessaire. Le type de structure requise, selon l'état de santé de la femme enceinte, fait aussi l'objet de leurs recommandations. En cas d'antécédents, la HAS estime que la décision de prise en charge par une unité obstétrique est à

73. CAA Paris, 27 février 2017, n° 16PA00494.

74. CE, 23 décembre 2016, n° 387039.

75. CAA de Paris, 10 novembre 2014, n° 13PA04815, n° 13PA04822.

adapter en fonction du risque pour la mère et l'enfant à naître.

En outre, la prévention et le traitement de la pré-éclampsie et de l'éclampsie ont aussi fait l'objet de l'élaboration de recommandations par l'Organisation mondiale de la santé. Elles sont au nombre de 23, classées comme fortes ou faibles, accompagnées d'observations formulées par les experts de la consultation technique de l'OMS. Chacune des recommandations tient, en outre, compte de la qualité des éléments factuels.

Ces recommandations faisant partie des données acquises de la science, les professionnels de santé peuvent voir leur responsabilité engagée pour leur non-application.

- **Survenue de l'éclampsie :**

- o **Sur l'obligation préalable d'information du médecin**

Si le risque d'éclampsie existe toujours, il s'agit, en l'absence de facteur prédisposant, d'un risque lié à un événement naturel, l'accouchement, sur lequel aucune information n'est légalement due. En revanche, si la mère est exposée plus particulièrement à ce risque, en raison, notamment, d'un facteur prédisposant alors l'information lui est légalement due⁷⁶.

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins⁷⁷ a notamment eu l'occasion de retenir dans une décision un blâme à l'encontre d'un médecin. En l'espèce, alors que le médecin suivait une parturiente se plaignant de nombreux symptômes de la prééclampsie, il a orienté son diagnostic vers une toxémie plutôt que vers une prééclampsie qui l'a conduite à une hospitalisation d'urgence et un accouchement prématuré par césarienne. Le Conseil National de l'Ordre des Médecins a considéré qu'en adoptant un comportement rassurant et dilatoire jusqu'au dernier jour, malgré les résultats de la protéinurie, de sa tension artérielle et des signes présentés, le médecin n'a

pas assuré à sa patiente des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science.

- o **Sur la prise en charge**

- **Sur la responsabilité pénale du médecin dans la prise en charge de l'éclampsie**

La jurisprudence est aujourd'hui établie quant à la nécessité du caractère de certitude que doit revêtir un lien de causalité. Il a ainsi pu être retenu que « *les juges saisis d'une poursuite pour homicide et blessures involontaires ne sauraient retenir cette infraction à la charge du prévenu qu'à la condition que l'accident survenu se rattache de façon certaine, même indirectement, par une relation de cause à effet avec la faute reprochée au prévenu* »⁷⁸ ; de même, « *dans l'incertitude sur l'existence d'un lien de causalité entre les fautes reprochées au prévenu et le dommage, les manquements de ceux-ci ne peuvent être incriminés* »⁷⁹.

Les poursuites des médecins du chef d'homicide involontaire, blessures involontaires ou mise en danger de la vie d'autrui qui peuvent être intentées à la suite de la survenue d'une éclampsie et des séquelles graves qu'elles peuvent occasionner répondent au même raisonnement : « *la situation de doute du diagnostic qui en résultait et la conformité aux données actuelles de la science des soins dispensés [...] ne permettent pas de considérer cette erreur de diagnostic comme une faute pénalement punissable révélant une méconnaissance certaine des devoirs des médecins, une ignorance grave ou une négligence dans les examens cliniques* »⁸⁰.

Ainsi, et même en cas de conséquences fatales pour le fœtus, en lien avec une complication exceptionnellement grave d'hématome rétro-placentaire apparue brutalement en fin de travail bien qu'aucun antécédent ni facteur de risque n'aient été décelés, le médecin est relaxé en l'absence de faute établie à son encontre⁸¹.

76. Cass. 1^{ère} civ., 23 janvier 2019, n° 18-11.982.

77. Conseil National de l'Ordre des Médecins, Chambre disciplinaire nationale, 27 juin 2012, n° 11119.

78. Crim., 11 décembre 1957, n° 829.

79. Crim., 18 juin 2003, n° 127.

80. Crim., 15 septembre 1999, n° 98-85.611.

81. Crim., 5 octobre 2004, n° 03-86.447.

Cela étant, la Haute juridiction a eu l'occasion de rappeler qu'en cas de poursuites, en l'espèce contre deux médecins, du chef d'homicide involontaire, la juridiction répressive, qui a relaxé les prévenus au motif que le lien de causalité entre les fautes et le décès n'était pas établi avec certitude, ne peut débouter les parties civiles de leur demande de réparation en application des règles du droit civil au motif que, si les fautes des prévenus ont probablement fait perdre une chance de survie à la victime, il n'existe aucune certitude à cet égard, dès lors que la réalisation d'une chance n'est, par définition, jamais certaine⁸².

La perte de toute chance de survie ne pouvant être rapportée, la perte d'une chance de survie n'est pas suffisante pour engager la responsabilité pénale du médecin. C'est notamment ce qu'il ressort d'un arrêt rendu en 1977, dans lequel la responsabilité pénale d'un médecin avait été retenue pour homicide involontaire après avoir, par sa faute lourde, privé son patient de toute possibilité de survie⁸³. De même, dans un arrêt rendu en 2003, où la même infraction avait été retenue à l'encontre d'un interne de garde pour les mêmes raisons⁸⁴. La certitude du lien de causalité ne saurait être caractérisée sans la perte de toute chance de survie. La relaxe des prévenus sur un tel fondement n'est pour autant pas de nature à exclure les possibilités d'indemnisation de la victime : l'article 470-1 du Code de procédure pénale prévoit que la condamnation civile fondée sur la causalité entre la faute et une perte de chance de survie est possible malgré une relaxe fondée sur l'absence de causalité entre une faute médicale et un décès.

- **La responsabilité civile et administrative des protagonistes**
- **Responsabilité pour faute du médecin régulateur du SMUR**

L'aide médicale urgente, prévue à l'article L.6311-1 du CSP, a pour objet de faire assurer aux patients les soins d'urgence appropriés à leur état. Ainsi, « le médecin régulateur est chargé d'évaluer la

gravité de la situation et de mobiliser l'ensemble des ressources disponibles (médecins généralistes, SMUR, ambulances), en vue d'apporter la réponse la plus appropriée à l'état du patient et de veiller à ce que les soins nécessaires lui soient effectivement délivrés ; qu'à cet effet, le médecin régulateur coordonne l'ensemble des moyens mis en œuvre dans le cadre de l'aide médicale urgente, vérifie que les moyens arrivent effectivement dans les délais nécessités par l'état de la personne concernée et assure le suivi des interventions »⁸⁵.

Dès lors, le temps excessif qu'a mis le médecin du SMUR pour faire appel au médecin régulateur du SAMU, dans le cas d'une parturiente en crise d'éclampsie, entraînant un retard dans l'extraction de l'enfant et dans la prise en charge de la mère, est, selon la Commission de Conciliation et d'Indemnisation (CCI), une faute de nature à engager la responsabilité du médecin régulateur. Cette faute a entraîné une perte de chance totale d'éviter le décès de l'enfant à naître, et une perte de chance partielle (25%) d'éviter le décès de la parturiente.

En l'espèce, une parturiente est suivie par son médecin traitant jusqu'à 6 mois et demi de grossesse. Elle se voit prendre en charge par les pompiers puis le SMUR à la suite d'un coma profond survenu après céphalées et mouvement cloniques. C'est finalement le médecin régulateur du SAMU qui prend en charge la patiente : un praticien hospitalier de réanimation est appelé, refusant la patiente sans avis chirurgical préalable. Un chirurgien de garde hospitalier est contacté à son tour, refusant lui aussi une prise en charge sans qu'un scanner cérébral ait été réalisé au préalable. Un scanner est réalisé, mettant en évidence un œdème diffus majeur. La parturiente est victime d'une bradycardie, transférée en réanimation et au bloc pour une césarienne : l'enfant est mort-né. L'éclampsie sévère dont a été victime la patiente entraînera son décès.

Considérant que la patiente n'avait jamais présenté d'hypertension artérielle ou albuminurie, le

82. Crim., 3 novembre 2010, n° 09-87.375.

83. Crim., 9 juin 1977, n° 75-90.597.

84. Crim., 1^{er} avril 2003, n° 02-81.872.

85. CAA de Marseille, 30 janvier 2014, n° 11MA00403.

médecin traitant ne pouvait redouter la survenue d'une éclampsie. La CCI considère ainsi que sa responsabilité ne peut être retenue⁸⁶.

• Responsabilité pour faute de la sage-femme

L'éclampsie est une pathologie qui, dans sa forme « banale », permet sa détection par les nombreux symptômes qui doivent mener à un suivi particulier par les professionnels de santé. Ainsi, la sage-femme qui examine une parturiente pour douleurs abdominales et maux de tête et la renvoie à domicile sans contrôle de la tension artérielle ni analyse d'urines commet une faute. Cette faute entraînant une perte de chance d'éviter la crise d'éclampsie survenue par la suite et, en définitive, une chance de survie, engage sa responsabilité⁸⁷.

Commet également une négligence la sage-femme préposée d'une clinique qui ne prend pas la tension ni n'analyse les urines d'une parturiente alors que ces précautions auraient permis de mettre en place un traitement adapté afin d'éviter une crise d'éclampsie. Ce défaut de prise en charge plus précoce constitue une perte de chance d'éviter les risques qui se sont réalisés : la crise d'éclampsie⁸⁸.

Cette perte de chance de survie ou d'éviter les conséquences extrêmement graves pouvant être liées à l'éclampsie permet d'accueillir l'existence d'un lien de causalité direct et certain entre les fautes et l'état de santé d'un enfant à naître ou d'une parturiente. Le juge qui admet le retard fautif dans l'extraction de l'enfant imputable à la sage-femme ainsi qu'au praticien ne peut relever qu'il n'existe pas de lien de causalité direct et certain entre les fautes et l'état de santé de la mère. La Haute juridiction a récemment eu l'occasion de rappeler qu'une perte de chance présente un caractère direct et certain chaque fois qu'est constatée la disparition d'une éventualité favorable et ainsi retenir les responsabilités de l'établissement de santé pour la faute de la sage-femme⁸⁹.

• Responsabilité pour faute de l'obstétricien

Suivant le même raisonnement relatif au retard fautif entraînant une perte de chance, la responsabilité du gynécologue est retenue lorsqu'il est à l'origine de la faute ayant retardé la prise en charge de la parturiente. Ainsi, le gynécologue de garde avisé par la sage-femme des symptômes et résultats d'analyse de la patiente en situation de prééclampsie aurait dû, selon les experts, diagnostiquer la prééclampsie de sa patiente et procéder à une césarienne sans délai. La Cour retient un manquement à l'obligation de donner des soins consciencieux, attentifs et conformes aux données acquises de la science. Ces fautes ont privé la victime de la possibilité de bénéficier, en temps utile, d'une prise en charge adaptée⁹⁰. Également, un gynécologue commet une faute en s'abstenant de recourir à une césarienne prophylactique plus tôt, compte tenu des multiples facteurs⁹¹.

L'éclampsie doit, par ailleurs, être surveillée dans les heures qui suivent l'accouchement. Le gynécologue-obstétricien qui prescrit un contrôle de tension ainsi que l'administration d'un médicament anti-hypertenseur remplit bien l'ensemble de ses obligations. En revanche, ce n'est pas le cas lorsqu'il s'agit d'un défaut de surveillance de l'équipe médicale qui n'a pas contrôlé l'état de la patiente malgré les instructions de l'obstétricien, engageant par ailleurs la responsabilité de l'établissement hospitalier, faisant perdre à la victime une chance d'éviter tout ou partie des séquelles dont elle est atteinte⁹².

• Régime d'indemnisation

En matière d'éclampsie, pathologie grave, les agissements des médecins (retard de diagnostic ou défaut de surveillance postopératoire) sont considérés comme faisant perdre une chance de prise en charge plus précoce de l'enfant, une chance de survie, sans que ne soit possible d'affirmer qu'une intervention plus rapide aurait per-

86. Avis CCI - 27 mai 2010.

87. CA d'Aix-en-Provence, 15 octobre 2008, n° 06/11079.

88. Cass. 2^{ème} civ., 15 avril 2010, n° 08-21.611.

89. Cass. 1^{ère} civ., 24 octobre 2019, n° 18-19.459.

90. CA d'Aix-en-Provence, 13 novembre 2014, n° 13-03.441.

91. CAA de Bordeaux, 22 janvier 2009, n° 07BX00753.

92. CE, 23 décembre 2016, n° 387039.

mis de façon indubitable d'assurer la survie. La causalité directe et certaine ne peut pas être démontrée entre la faute du médecin et les conséquences de l'éclampsie. Il est par ailleurs rappelé par les juges : « que la précocité d'une telle prise en charge aurait réduit les risques de crises d'éclampsie et de leurs séquelles neurologiques ; que, dans ces conditions, le retard fautif de l'hospitalisation de Mlle X a entraîné pour l'intéressée une perte de chance d'échapper aux deux crises d'éclampsie qui ont compliqué son accouchement et aux séquelles neurosensorielles dont elle a été affectée »⁹³ ou encore « a été retenue l'existence de fautes dans la prise en charge de Nelma X..., imputables à Mme Y..., sage-femme salariée, et à M. Z..., médecin gynécologue de garde, exerçant à titre libéral au sein de la clinique ; que celle-ci, en sa qualité de commettant de Mme Y..., la société Le Sou médical, assureur de cette dernière, et M. Z... ont été condamnés in solidum à réparer, sur le fondement de la perte de chance, à hauteur de 66 %, le dommage lié au décès de Nelma X »⁹⁴.

6. La faute dans le choix de la structure d'accouchement

En France, 3 à 5% des femmes choisissent d'accoucher à domicile⁹⁵. Il est pourtant difficile de trouver un professionnel de santé pour pratiquer l'accouchement à domicile, compte tenu des risques existants pour le pratiquant⁹⁶. C'est pourtant le choix de certains parents. En l'espèce, un couple décide de procéder à un accouchement à domicile et pour cela, il fait appel à une sage-femme en charge du suivi de grossesse. Celle-ci leur indique qu'elle ne procède pas à de tels accouchements, et le couple décide que c'est le père de l'enfant qui réalisera l'accouchement. Après 24h de travail sans prévenir de professionnels de santé, un ambulancier et leur sage-femme sont appelés en urgence. Les parents s'opposent à un transfert en maternité hospita-

lière malgré les recommandations sur le besoin de surveillance fœtale de l'enfant. Il ne pouvait ainsi être fait aucun reproche à la sage-femme ou aux autres professionnels de santé intervenus à l'égard du décès in utero de l'enfant⁹⁷.

A contrario, le médecin de garde qui, bien qu'informé téléphoniquement d'un accouchement survenu à domicile dans des conditions d'hébergement précaires, et ainsi averti de la gravité imminente du péril couru par le nouveau-né mais qui s'est volontairement abstenu d'intervenir par les modes qu'il lui était possible d'employer voit ainsi sa responsabilité pénale engagée⁹⁸.

Le choix de la structure d'accouchement doit se faire en fonction de la préférence de la femme, du lieu d'habitation et du niveau de risque (maternel et/ou fœtal). En effet, l'attention doit toujours être portée à la continuité des soins et au suivi de la grossesse et du travail. Dès lors, il peut être reproché à la sage-femme libérale de ne pas avoir orienté la patiente vers le centre hospitalier dès le quatrième mois de grossesse, compte tenu des risques que pouvait présenter sa grossesse. Il s'agissait en l'espèce d'une femme obèse aux antécédents de prééclampsie et présentant un utérus cicatriciel. La cour administrative d'appel ne statue pas sur la responsabilité de la sage-femme, non mise en cause dans la procédure, mais l'expert retient bien une faute à l'encontre de cette dernière⁹⁹.

De même, il a pu être reproché par le Conseil National de l'Ordre des Médecins une faute à l'encontre d'un généraliste pour avoir manqué d'orienter une patiente vers un confrère obstétricien après avoir pratiqué, sans succès, une version par manœuvres de l'enfant qui se présentait en siège complet¹⁰⁰.

93. CAA de Bordeaux, 22 janvier 2009, n° 07BX00753.

94. Cass., 1^{ère} civ., 15 juin 2016, n° 15-14.068.

95. Responsabilités et accouchement – Dossier Maternité et responsabilités - Sophie Hocquet-Berg.

96. Naitre à la maison : modèle ou hérésie - l'accouchement programmé à domicile en France : un conflit entre la confiance en la nature humaine et la sécurité des normes médicales – Anne Charlotte Durnerin.

97. CA Douai, 26 mars 2009, n° 08/03002.

98. Crim., 17 février 1972, n° 70-91.746.

99. CAA Lyon, 25 juin 2020, n° 18LY01713.

100. Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM), Chambre disciplinaire nationale, 17 avril 2018, n° 13156.

II. LE TRAVAIL ET L'ACCOUCHEMENT

A. LES INTERVENANTS LORS DE L'ACCOUCHEMENT (MATERNITES, MAISONS DE NAISSANCE, SAGE-FEMME, GYNÉCOLOGUE-OBSTÉTRICIEN, ANESTHÉSISTE)

1. Les maisons de naissance

Il ressort d'un rapport de la Cour des comptes de 2011 que, même si l'amélioration du suivi médical de la grossesse avait permis des progrès importants au regard de la sécurité des naissances, il n'en demeurerait pas moins que la surmédicalisation des grossesses normales dites physiologiques pouvait avoir des effets négatifs sur la santé des mères et enfants à naître.

La loi n° 2013-1118 du 6 décembre 2013 a donc eu pour objet d'autoriser, pour une durée maximale de 5 ans, l'expérimentation d'une nouvelle forme de prise en charge de la grossesse et de l'accouchement, moins médicalisée ; le but de cette mesure étant de favoriser une alternative à l'hospitalisation classique.

Au départ, neuf maisons de naissance avaient été retenues par le ministère de la Santé pour fonctionner à titre expérimental, avec un cadre réglementaire léger¹⁰¹.

Depuis, ces maisons de naissance se sont développées. Elles sont encadrées par l'article 58 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021 qui prévoit que le suivi de grossesse est réalisé par les sages-femmes de la maison de naissance, qui procéderont elles-mêmes à la surveillance du travail et à l'accouchement. Une convention doit être faite avec une maternité support en cas de

complications et besoin d'un transfert rapide.

Ces maisons de naissance peuvent être définies comme le lieu où les sages-femmes réalisent l'accouchement des femmes enceintes dont elles ont assuré le suivi de grossesse, sans péridurale. Ainsi, seules les grossesses classiques peuvent faire l'objet d'une telle prise en charge, même si les mères possèdent leur liberté de choix. Les maisons de naissance ne sont pas des établissements de santé, mais elles doivent présenter un accès direct permettant une prise en charge hospitalière et l'accès à un plateau technique en cas de dégradation de l'état de santé de la mère ou de l'enfant¹⁰², ou en cas de changement d'avis de la mère sur l'analgésie.

L'information doit être donnée à la parturiente sur les modalités d'accouchement et de prise en charge post-partum. L'éventualité et les modalités de transfert du nouveau-né et de la parturiente elle-même doivent être évoquées avec cette dernière.

Selon le rapport de l'Inserm de novembre 2019, relatif à l'activité des huit structures tout au long de l'année 2018, les maisons de naissance françaises ont des résultats comparables, un niveau de sécurité satisfaisant et une très faible fréquence d'interventions.

Une étude¹⁰³ a été faite sur la qualité des soins prodigués en maisons de naissance en France sur l'année 2018, sur trois dimensions : leur pertinence, leur efficacité et la sécurité des soins.

Au total, 649 femmes ont été prises en charge en maisons de naissance en 2018, sur lesquelles 143 ont été transférées dans les maternités partenaires, principalement hors contexte d'urgence

101. Maison de naissance, une expérimentation en marche : Fabrice Pierre, Germain Decroix – Mars 2016.

102. La maison de naissance expérimentale : alternative à l'accouchement en établissement de santé ? Revue droit et santé, n° 58 – Droit des établissements, p 1134 à 1136.

103. Rapport d'étude sur la qualité des soins prodigués en maisons de naissance en France : Analyse des données de l'année 2018 par le groupe de recherche sur les maisons de naissance.

(soit 22%). L'étude a montré très peu d'interventions au cours du travail parmi les parturientes : 3% en césarienne et 6,5% par voie instrumentale.

Seulement 1,4% ont subi une hémorragie du post-partum sévère, 0,5% des déchirures périmébrales des 3^{ème} et 4^{ème} degrés et 0,4% une hospitalisation dans le mois suivant l'accouchement. Un décès néonatal a été identifié sur l'ensemble des naissances, et seulement 1,7% des nouveau-nés ont nécessité des gestes de réanimation à la naissance. Ces maisons de naissance ont ainsi pu démontrer la sécurité des soins prodigués, menant avec la loi PLFSS 2021, à l'adoption de la pérennisation des maisons de naissance.

2. Les maternités

a) L'importance du niveau de prise en charge des maternités

En France, et depuis 1999, il existe trois niveaux de maternités, selon le type de prise en charge. L'article R. 6123-39 du Code de la santé publique établit que « les établissements assurant la prise en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés comprennent, sur le même site : soit une unité d'obstétrique (niveau 1) ; soit une unité d'obstétrique et une unité de néonatalogie (niveau 2) ; soit une unité d'obstétrique, une unité de néonatalogie et une unité de réanimation néonatale (niveau 3) ».

Lorsqu'une grossesse est normale et que le fœtus ne présente pas de pathologie, la parturiente peut accoucher dans la maternité de son choix. En revanche, en cas de pathologie détectée au cours de la grossesse, les futures mères sont orientées vers le niveau de soins adapté, relatif aux risques identifiés.

La maternité de niveau 1 prend en charge les grossesses normales. Les maternités de niveaux 2 et 3 prennent en charge les grossesses modérées et à haut risque.

Les maternités de niveau 2 disposent d'une unité d'obstétrique et d'une unité de néonatalogie ou d'un service de pédiatrie. Elles assurent le suivi des grossesses normales mais aussi des grossesses pathologiques et de leurs accouchements si la naissance peut se produire après 34 SA (poids supérieur à 1,5kg).

Les maternités de niveau 2 sont de deux types : a et b. La première catégorie accueille des nouveau-nés présentant des pathologies modérées et nécessitant la présence d'une sage-femme et d'un pédiatre 24h sur 24. La seconde catégorie permet l'accueil de nouveau-nés avec des pathologies plus lourdes nécessitant des soins intensifs.

Enfin, les maternités de niveau 3 disposent d'une unité de réanimation néonatale en plus d'une unité d'obstétrique et d'une unité de néonatalogie avec soins intensifs, ce qui leur permet de prendre en charge les nouveau-nés nécessitant des soins de réanimation.

b) La réglementation des maternités relative aux effectifs du personnel soignant

Le Code de la santé publique distingue le secteur de naissance du secteur d'hospitalisation pour les effectifs requis.

• Le secteur de naissance

L'article D. 6124-44 du CSP fait une distinction selon le nombre annuel d'accouchements dans l'établissement.

« Le personnel intervenant dans le secteur de naissance ne peut être inférieur, à tout instant, aux effectifs suivants :

1° En ce qui concerne les sages-femmes :

a) Pour toute unité d'obstétrique réalisant moins de 1000 naissances par an, une sage-femme est présente et affectée en permanence dans le secteur de naissance ;

b) Au-delà de 1000 naissances par an, l'effectif global des sages-femmes du secteur de naissance est majoré d'un poste temps plein de sage-femme pour 200 naissances supplémentaires.

c) Les sages-femmes affectées au secteur de naissance ne peuvent avoir d'autres tâches concomitantes dans un autre secteur ou dans une autre unité. Toutefois, si l'unité d'obstétrique réalise moins de 500 naissances par an, la sage-femme peut également, en l'absence de parturiente dans le secteur de naissance, assurer les soins aux mères et aux nouveau-nés en secteur de soins et d'hébergement ;

Au-delà de 2500 naissances par an, une sage-femme supplémentaire, ayant une fonction de surveillante du secteur, coordonne les soins le jour ; (...)

2° En ce qui concerne les autres catégories de personnel, dans toute unité, le personnel paramédical est affecté en secteur de naissance et ne peut jamais être inférieur à une aide-soignante ou une auxiliaire de puériculture, présente en permanence (...).».

Il ressort de cet article que les effectifs en secteur de naissances dans une maternité réalisant environ 450 accouchements ne peuvent être inférieurs à une sage-femme et une aide-soignante.

Celles-ci peuvent éventuellement être affectées en service de suite de couches si et seulement s'il n'y a aucune patiente en secteur de naissances.

En effet, l'article D.6124-46 du Code de la santé publique précise que « *sauf application des dispositions prévues à l'avant-dernier alinéa du 1° et au 3° de l'article D.6124-4 pour les unités d'obstétrique réalisant moins de 500 naissances par an, il s'agit de personnels affectés au secteur d'hospitalisation et ne pouvant avoir d'autres tâches concomitantes dans un autre secteur ou une autre unité* ».

Et la seule dérogation possible, prévue au début de l'alinéa 2 de l'article D.6124-46 du CSP : « *sauf application des dispositions prévues à l'avant-dernier alinéa du 1° et au 3° de l'article D.6124-44 pour les unités d'obstétrique réalisant moins de 500 naissances par an, (...)* », renvoie à l'article D.6124-44 qui, lui, vise la situation des sages-femmes qui sont affectées en secteur de naissance et qui, si la maternité réalise moins de 500 naissances par an et si aucune naissance n'est en cours, peuvent prendre en charge des accouchements et des nouveau-nés dans des secteurs de soins et d'hébergement.

L'arrêté du 25 avril 2000 relatif aux locaux de pré-travail et de travail, aux dispositifs médicaux et aux examens pratiqués en néonatalogie et en réanimation néonatale prévus à la sous-section IV du CSP a apporté une précision supplémentaire

en indiquant dans son article 3 que les effectifs prévus à l'article D.6124-44 du CSP constituent des seuils minimaux.

Cet arrêté précise que « *ces seuils ne préjugent pas de l'adéquation des moyens aux besoins des unités qui doivent être notamment fonction du nombre de patientes et de nouveau-nés, de la gravité des pathologies des patients qui y sont traités et des autres spécificités éventuelles des unités* ».

• Les suites de couche

L'article D.6124-45 du CSP indique que « *le secteur d'hospitalisation de la mère et de l'enfant permet d'assurer les soins précédant et suivant l'accouchement pour la mère ainsi que les soins aux nouveau-nés bien portants* ».

Les effectifs des services d'hospitalisation en maternité sont fixés par l'article D.6124-46 du CSP, qui dispose notamment que « *le personnel intervenant dans le secteur d'hospitalisation est fonction de l'activité de l'unité d'obstétrique. Il ne peut être inférieur, quelle que soit l'activité du secteur, à une sage-femme, assistée d'un aide-soignant et d'une auxiliaire de puériculture le jour et à une sage-femme ou un infirmier ou une infirmière, assisté d'une auxiliaire de puériculture, la nuit* ».

Les exigences sont cette fois différentes entre le jour et la nuit, puisque pendant la nuit, la présence d'une sage-femme n'est pas strictement obligatoire.

Ce texte prévoit que quel que soit le nombre de naissances par an, l'effectif ne peut jamais être inférieur aux normes suivantes :

- *le jour, doivent être présents une sage-femme, un aide-soignant et une auxiliaire de puériculture ;*
- *la nuit, une sage-femme ou un infirmier, assisté d'une auxiliaire de puériculture.*

3. La sage-femme

Actuellement, la majorité des accouchements sont réalisés à la maternité par les sages-femmes, salariées et libérales¹⁰⁴. La sage-femme peut assister un accouchement en maison de naissance,

104. Ordre des Sages-femmes - Accouchement.

à l'hôpital ou à domicile. Peu importe le lieu d'accouchement choisi, la sage-femme possède toutes les compétences et ressources pour stabiliser l'état de la mère ou du nouveau-né en cas de survenance de complications et la nécessité de prise en charge d'un médecin. S'il s'agit d'un accouchement sans complication, elle peut le prendre en charge du début à la fin.

La sage-femme est aussi la spécialiste du nouveau-né : elle va réaliser le score d'Apgar et les premiers soins de l'enfant. En cas d'urgence, elle pourra commencer la réanimation dans l'attente du pédiatre. Cela étant, il ne relève pas de ses missions d'annoncer un handicap ou une anomalie aux parents du nouveau-né. C'est au pédiatre de le faire, parfois après avoir pris un avis auprès d'un spécialiste.

*Quid de la responsabilité des sages-femmes réalisant des accouchements à domicile ?*¹⁰⁵

En France, l'AAD (accouchement accompagné à domicile) représente environ 2 000 naissances par an, soit environ 0,4 % de l'ensemble des accouchements. Le faible recours à ce droit s'explique, selon les professionnels, par de nombreuses difficultés d'accès et notamment du fait qu'il n'est pas intégré aux soins périnataux¹⁰⁶.

L'article R.4127-309 du Code de la santé publique prévoit qu'« *en aucun cas, la sage-femme ne doit exercer sa profession dans des conditions qui puissent compromettre la sécurité et la qualité des soins et des actes médicaux* ». Conformément à ces obligations légales, avant d'accompagner une naissance à domicile, toute sage-femme doit avoir analysé l'ensemble de la situation dans ses composantes médicales (physique et psychique), familiale et sociale. A ainsi été condamnée par la Chambre disciplinaire nationale de l'Ordre des sages-femmes par une décision du 12 décembre 2014, une sage-femme pour avoir manqué d'anticipation sur le risque hémorragique pouvant survenir durant l'accouche-

ment à domicile et à diagnostiquer la gravité de la situation et, ce faisant, a fait courir à sa patiente un risque évitable.

Il est essentiel que puisse s'établir une relation de confiance entre celle-ci et les parents. La sage-femme, qui aura accepté de venir accompagner les parents à domicile, doit donner une information impartiale et claire sur leur choix du mode d'accouchement. Elle définit son champ de compétence et indique les limites de son exercice¹⁰⁷. Ces éléments sont précisés sur un document écrit et signé par les parents. Ce document peut être la charte ANSFL (Association Nationale des sages-femmes libérales) de l'AAD non médicalisé (Accouchement accompagné à domicile) enrichie des éléments spécifiques à chaque sage-femme.

L'accouchement à domicile ne peut être envisagé qu'après une grossesse normale (c'est-à-dire sans pathologie telle qu'hypertension, diabète, toxémie, etc.) chez une femme en bonne santé. Toute pathologie au cours de la grossesse doit entraîner une consultation ou un transfert vers un autre professionnel, lorsque le problème est réglé la sage-femme peut reprendre le suivi médical de cette grossesse.

La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 prévoit que les sages-femmes qui pratiquent l'AAD ont l'obligation de souscrire à un contrat d'assurance responsabilité civile (RCP).

4. Le gynécologue obstétricien

Le gynécologue obstétricien peut assurer l'intégralité du suivi de grossesse ainsi que l'accouchement ou bien n'intervenir qu'au moment de l'accouchement. Il est assisté par la sage-femme dans l'ensemble du suivi de grossesse ainsi qu'au moment de l'accouchement. Alors que sa présence n'est pas nécessaire dans le cas d'un accouchement sans complication, sa présence est requise dès lors que des risques ou complications surviennent. Le plus souvent, en cas de

105. Source : Charte de l'Association nationale des sages-femmes libérales. Rédigée avec des sages-femmes et soumis ensuite au vote des adhérents de l'association. Cette charte est la démonstration des compétences mise en œuvre par les sages-femmes pour assurer la sécurité des patientes et de leurs nouveau-nés. Elle évoque l'information éclairée des parents, le travail en réseau, le respect de la physiologie, l'évaluation des pratiques.

106. Site de l'Assemblée Nationale : question posée à la ministre des solidarités et de la santé sur la question de l'accouchement accompagné à domicile (AAD) et des entraves à son développement.

107. Code de déontologie des sages-femmes : article R.4127-318 du Code de la santé publique.

complications non prévues, c'est la sage-femme qui prévient le gynécologue-obstétricien, alors absent, de la survenance de celles-ci.

De surcroît, le gynécologue-obstétricien bénéficie d'une formation poussée en chirurgie lui permettant de pratiquer des interventions lors de l'accouchement.

5. L'anesthésiste

Au cours du 8^{ème} mois de grossesse, une consultation avec l'anesthésiste doit avoir lieu, même si la parturiente ne souhaite pas bénéficier d'une péridurale, afin de prévoir le cas où l'équipe médicale serait obligée de recourir à une anesthésie en urgence (en cas de césarienne non programmée par exemple).

Le recours à une anesthésie est un droit de la parturiente. Celle-ci peut refuser toute médication au cours de son accouchement, et pourra changer d'avis au cours du travail.

Il y a trois types d'anesthésies utilisées pendant et après l'accouchement : l'anesthésie locorégionale, afin d'obtenir une analgésie (diminution de la douleur tout en conservant les sensations et réflexes corporels) ou une anesthésie (notamment pour les gestes douloureux comme les forceps) ; l'anesthésie générale, faisant disparaître les réflexes chez la mère et endormant aussi l'enfant, mais utile en cas d'urgence ou césarienne ; et enfin l'anesthésie locale, post accouchement, en cas d'épisiotomie notamment.

B. LES ACCIDENTS DE NAISSANCE

1° Les extractions instrumentales

• Présentation

En France, environ 12 % des naissances nécessitent habituellement le recours à des extractions instrumentales. Trois instruments peuvent être utilisés : les forceps (instrument de préhension), les spatules (instrument de propulsion), la ven-

touse obstétricale (instrument de traction), et son choix par l'obstétricien dépend de la situation obstétricale de la parturiente. A ainsi été reconnu responsable le médecin accoucheur qui a agi précipitamment en choisissant le forceps, technique d'extraction non justifiée par la situation : le décès de l'enfant a été jugé en rapport certain et direct de causalité avec la faute du médecin, permettant par ailleurs la qualification d'homicide involontaire¹⁰⁸.

D'une manière générale l'indication du recours à l'extraction instrumentale repose sur la nécessité d'accélérer l'accouchement, de faciliter la naissance et, dans certains cas, de protéger le crâne du fœtus, en particulier lors des accouchements prématurés.

En 2016, la ventouse représentait le principal instrument utilisé par les obstétriciens en cas de réalisation d'une extraction instrumentale (49,8 % des naissances par voie basse instrumentale), devant les forceps et les spatules (respectivement 27,6 % et 22,6 % des naissances par voie basse instrumentale)¹⁰⁹.

Or, l'introduction d'un tel instrument n'est pas sans conséquence, ni pour l'enfant, ni pour la mère. Ainsi, pourront être causées des conséquences « minimales » telles qu'une déchirure superficielle vaginale chez la mère ou une trace cutanée superficielle chez l'enfant, pouvant aller jusqu'au thrombus¹¹⁰, à une rupture de vessie chez la mère ou un hématome sous-cutané chez le fœtus.

• Recommandations

Au vu des conséquences que peuvent occasionner l'utilisation d'instruments, des recommandations ont été mises en place par le Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF) ou l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Ainsi, avant toute application instrumentale doivent être vérifiées certaines conditions, que sont le dossier médical et obstétrical, les membranes rompues, la présentation céphalique identifiée et engagée, la dilatation complète et la

108. Cass. crim., 23 octobre 2001, n° 01-81.030.

109. Enquête nationale périnatale, Rapport 2016 - Les naissances et les établissements - Situation et évolution depuis 2010.

110. Un thrombus est le produit final de la coagulation sanguine, par l'agrégation plaquettaire et l'activation du système de coagulation humorale. La thrombose consiste en la formation d'un thrombus obturant un vaisseau sanguin. Dans une terminologie non médicale, il s'agit d'un « caillot », mais ce dernier n'implique pas forcément qu'il se situe dans un vaisseau sanguin.

vessie vide. A ainsi été retenue la responsabilité du centre hospitalier pour défaut d'organisation du service du fait de l'emploi inadapté de forceps en l'absence de pelvimétries, pourtant présentes au dossier médical, causant des lésions au nouveau-né et sa mère¹¹¹.

L'absence de progression du fœtus au bout de trois tractions doit faire abandonner cette voie d'accouchement. Il est recommandé d'envisager le recours à une extraction instrumentale à partir de 30 minutes d'efforts expulsifs avec un rythme cardiaque fœtal normal, dans la mesure où l'intensité des efforts expulsifs a été jugée suffisante sans progression du mobile fœtal. Selon les recommandations du CNGOF concernant l'échec d'extraction par ventouse obstétricale, la durée d'application de cette dernière doit être inférieure à 20 minutes. Le médecin doit ainsi renoncer à son application après six contractions utérines au cours desquelles le mobile fœtal n'a pas progressé.

A ainsi été reconnu fautif le médecin accoucheur qui n'a pas recouru à une extraction du fœtus par césarienne après des échecs successifs par forceps, entraînant une souffrance fœtale au-delà de vingt minutes à l'origine de lésions cérébrales de l'enfant¹¹².

Ces recommandations évoluent puisque désormais les grandes rotations par forceps sont prescrites.

- L'utilisation des instruments d'extraction en pratique

► Utilisation des forceps

Définition

Les forceps sont des instruments d'extraction utilisés afin de guider le fœtus par une traction constante lors des contractions utérines. Il s'agit d'un instrument métallique en forme de pinces qui permet de saisir la tête d'un fœtus et de faciliter son expulsion. Il est constitué par deux branches

qu'on introduit séparément et qu'on articule ensemble après les avoir mises en place. Le forceps n'est pas un instrument de flexion. La durée de l'extraction est légèrement plus rapide avec le forceps qu'avec la ventouse mais n'est pas un critère suffisamment notoire pour avoir un rôle dans le choix d'un instrument plutôt qu'un autre.

Lésions provoquées par les forceps

Les complications non exceptionnelles

Ces complications restent rares mais peuvent se voir dans certains cas difficiles : lésions vaginales¹¹³ ; déchirures périnéales¹¹⁴, parfois suivies de fistules obstétricales ; plaies cervicales ; déchirures du col ; complications liées à l'épisiotomie (désunion, infection...).

Les complications exceptionnelles

Peuvent survenir de manière plus grave des lésions nerveuses, vésicales ou osseuses chez la mère et/ou son enfant. Ces lésions peuvent être évitées/limitées et rester rares si les conditions d'application sont respectées et si la technique est bien exécutée.

- Conséquences sur la mère :

A titre d'illustration, nous pouvons citer une décision de la Cour d'appel de Paris¹¹⁵ dans laquelle une clinique voit sa responsabilité engagée du fait des blessures subies par une parturiente lors des manœuvres d'expression utérine par forceps effectuées par la sage-femme et l'aide-soignante.

- Conséquences sur l'enfant :

La fracture du crâne, bien que rare, est assez spécifique de l'utilisation des forceps. Il s'agit ainsi d'un risque exceptionnel mais connu, pouvant être considéré comme un accident médical non fautif : « *l'usage de forceps en cas de césarienne n'est pas proscrit par les bonnes pratiques, la survenance d'une fracture du crâne dans ces circonstances ne peut être considérée comme*

111. TA Bordeaux, 14 novembre 1990.

112. Cass, 1^{ère} civ., 13 mai 1997, n°95-15.303.

113. TGI Paris, 3 décembre 2012, n°11/01957.

114. CAA Lyon, 12 décembre 2019, n° 18LY01000.

115. CA Paris, 7 décembre 2017, n° 16/00459.

la conséquence inéluctable des particularités de la présentation de l'enfant. Au contraire, elle constitue la réalisation, en dehors de toute faute, d'un risque accidentel inhérent à cet acte médical et qui ne pouvait être maîtrisé. Cet accident doit ainsi être considéré comme un aléa thérapeutique devant être pris en charge au titre de la solidarité nationale »¹¹⁶. Dans le même sens, n'est pas retenue la faute du médecin qui a pratiqué une extraction par voie basse avec pose de forceps lorsque l'extraction rapide de l'enfant s'imposait et que la césarienne était impossible, faute d'équipe opératoire en place¹¹⁷. L'appréhension de ce risque n'est évidemment pas la même lorsqu'une faute a été réalisée : la présentation haute de l'enfant qui n'est pas en souffrance fœtale doit mener à une césarienne et non pas à l'utilisation des forceps qui font courir des risques graves et injustifiés à l'enfant. En l'espèce, un hématome avait été provoqué par l'extraction par forceps, menant au décès de l'enfant¹¹⁸.

Le centre hospitalier peut voir sa responsabilité retenue pour faute de service lorsque la pose d'un forceps, rendue nécessaire par la mauvaise présentation de l'enfant, n'a pu se voir effectuée sous anesthésie générale alors que cela aurait donné plus d'aisance à l'opérateur et facilité l'extraction instrumentale. Les dommages causés à l'enfant, une paralysie radiculaire, sont imputables à l'absence d'anesthésiste¹¹⁹.

Les juges qui, pour déclarer un médecin accoucheur coupable d'homicide involontaire, retiennent que les fautes qu'il a commises en utilisant des forceps sont à l'origine directe des lésions cérébrales, seule et unique cause de la mort de l'enfant nouveau-né, constatent par là même que ce prévenu a causé directement le dommage. La technique d'extraction n'était pas justifiée par la situation et il a été fait une utilisation maladroite des instruments, en méconnaissance des règles de l'art¹²⁰.

► Utilisation des spatules

Les spatules sont des instruments de propulsion et d'orientation, dont le mécanisme d'action et le maniement sont fondamentalement différents de ceux du forceps. Les spatules ne sont pas des instruments de préhension de la tête fœtale et ne doivent pas être manipulées aux fins de traction ou flexion. La manœuvre consiste à écarter ces cuillères de manière à libérer la tête fœtale par propulsion, en permettant d'écarter les tissus maternels devant la tête de l'enfant à naître. Environ 2,3 % des naissances se font par spatules en France.

Lésions provoquées par les spatules

Les traumatismes fœtaux sont moindres par le biais de l'utilisation des spatules. Les lésions provoquées à la mère sont plus matière à risques. En effet, les spatules ont vocation à créer un écartement pour la descente du fœtus, source d'un risque important de plaies cervicales et vaginales. La CCI a eu l'occasion de reconnaître des manœuvres réalisées par spatule comme conformes aux recommandations : le plexus brachial que présentait l'enfant à la naissance est sans lien avec l'application des spatules, mais en lien avec la présentation de l'enfant au moment de l'accouchement¹²¹.

Spatules et accouchement des fœtus prématurés

L'un des plus grands enjeux de l'obstétrique est la prise en charge de la prématurité, concernant environ 15 millions d'enfants chaque année dans le monde¹²². L'accouchement d'un prématuré est potentiellement traumatisant pour celui-ci. Or, les arguments scientifiques actuels ne permettent pas de déceler une attitude obstétricale préférentielle pour diminuer la morbidité des nouveaux-nés. Il n'existe pas de nette différence statistique quant à la survie du nouveau-né selon un accouchement effectué par voie basse ou

116. CA Versailles, 7 janvier 2016, n° 14/06184.

117. TGI Compiègne, 9 juillet 2013, n° 11/01320.

118. CE, 9 mars 2011, n° 338566.

119. CE, 6 mai 1988, n°s 55385 69883.

120. Cass. crim., 23 octobre 2001, n° 01-81.030.

121. Avis CCI, 19 décembre 2018 (dossier 13-013-C-000019).

122. Blencowe H, Oestergaard MZ, Chou D, Moller AB, Narwal R, et al. National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries : a systematic analysis and implications. Lancet 2012 ; 379 :2162 – 72.

par césarienne. Une étude cas-témoins unicentrique a été menée dans la maternité du CHRU de Besançon entre 2008 et 2012 sur toutes les grossesses simples en présentation céphalique naissant vivant par voie vaginale entre 28 et 34 SA, dont les résultats ont été comparés entre les accouchements par voie basse spontanées et les extractions par spatules de Teissier¹²³. Le choix des spatules s'est fait étant donné son adaptabilité à la prématurité, la ventouse et le forceps présentant plus de risques pour le pôle céphalique fœtal très fragile. Les spatules de Teissier ont été privilégiées au détriment des spatules de Thierry, plus grandes, ces dernières générant de nombreuses lésions périnéo-vaginales associées, ou non, à une épisiotomie. Cette étude a permis de constater que l'extraction fœtale par spatules de Teissier chez les prématurés entre 28 et 34 SA ne s'accompagnait pas d'une augmentation de la morbidité néonatale ou maternelle. Le taux important de dégagement du sommet en occipito-sacré semble indiquer que les contraintes physiques imposées au pôle céphalique fœtal par la mère sont diminuées par l'utilisation des spatules, semblant ainsi protéger la tête de l'enfant à naître.

► Utilisation de la ventouse ou vaccum extractor

Il s'agit d'un instrument de flexion, de traction légère et de rotation induite.

En cas d'arrêt de la descente du fœtus au niveau du détroit moyen, le complément de flexion permet généralement la rotation vers une position permettant l'accouchement par voie basse. La ventouse obstétricale, par son action de flexion, semble être le meilleur instrument. L'usage de la ventouse est en constante augmentation dans les pays industrialisés¹²⁴.

Lésions provoquées par la manipulation par ventouse

- Conséquences sur la mère :

Les complications liées à la ventouse représentent, le plus fréquemment, des atteintes vaginales, vulvaires et périnéales. Plus exceptionnellement, des complications liées à une nécrose ischémique provoquée par la pression prolongée de la tête fœtale engagée dans la filière pelvienne peuvent survenir.

- Conséquences sur l'enfant :

L'utilisation de la ventouse peut provoquer des complications graves sur l'enfant, de la survenue de céphalématomes, d'hématomes sous-cutanés diffus du cuir chevelu à des hémorragies rétinienes.

Ainsi, voit sa responsabilité engagée le gynécologue obstétricien qui a tenté d'extraire l'enfant par ventouse métallique puis par forceps, avant de décider une césarienne, provoquant un décollement du cuir chevelu entraînant le décès de l'enfant, alors que ce dernier n'était pas en présentation céphalique engagée dans le bassin maternel. L'acte du médecin a été jugé non conforme aux recommandations de bonnes pratiques concernant la sécurité des extractions instrumentales¹²⁵.

o Régime d'indemnisation

L'indemnisation de tels incidents, provoqués par l'utilisation de forceps, spatules ou ventouses, est, en l'absence de faute, prise en charge par la solidarité nationale, relevant de l'aléa thérapeutique. Cela requiert ainsi que soient remplies les conditions de conséquences anormales et de probabilité faible de survenance du dommage. C'est au juge de considérer ces dernières au regard de l'espèce en cause : « *Il s'ensuit que la survenance du dommage dont a été victime Mme E doit être regardée comme ne présentant pas une probabilité faible. Ainsi, les séquelles dont est at-*

123. Evaluation des spatules de Teissier dans l'accouchement assisté des fœtus prématurés – B. Khallouk, N. Mottet, E. Goujon, R. Ramanah, D. Riethmuller – Pôle mère-femme, CHRU de Besançon.

124. Collège National Des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF) - Recommandations pour la pratique clinique : extractions instrumentales.

125. CA Paris, 13 décembre 2013, n° 12/14278.

teinte Mme E ne peuvent s'analyser comme étant des conséquences anormales de l'acte de soins en cause caractérisant un aléa thérapeutique au sens des dispositions précitées du II de l'article L. 1142-1 du code de la santé publique. Dès lors, les préjudices subis par Mme E ne peuvent ouvrir droit à réparation au titre des dispositions susmentionnées »¹²⁶.

Il est à noter que la perte du dossier médical par un établissement de santé entraîne une inversion de la charge de la preuve : c'est à l'obstétricien ayant procédé à l'accouchement à l'aide de spatules de prouver que les lésions du périnée à l'origine d'une incontinence urinaire et anale sont un aléa thérapeutique et non pas une faute du professionnel¹²⁷.

Dans l'hypothèse d'une faute médicale réalisée, il conviendra de tenir compte des caractéristiques du lien de causalité entre la faute et le dommage réalisé. En cas de lien de causalité direct et certain, le professionnel ou établissement de santé responsable sera tenu d'indemniser la victime dans son intégralité : « La décision inopportune d'utiliser les forceps malgré la position haute transverse de l'enfant et l'urgence relative de la situation, et la mauvaise utilisation des forceps sont des fautes techniques à l'origine exclusive du dommage et engagent la responsabilité du Docteur »¹²⁸. Au contraire, dans le cas d'une faute ayant seulement participé au dommage, sans en être la cause exclusive, il conviendra de déterminer le taux de perte de chance d'éviter le dommage et la victime se verra indemniser au prorata de la perte de chance subie.

2° Paralysie obstétricale du plexus brachial

• Définition

Le plexus brachial est l'ensemble des nerfs qui proviennent de la moelle épinière et commandent l'ensemble des muscles de l'épaule jusqu'à la main. Au cours d'un accouchement, et consécutivement à une traction excessive, le plexus

brachial peut subir un étirement, voire une rupture complète de ses racines nerveuses à leur origine, pouvant mener à une paralysie obstétricale du plexus brachial (POPB). Cette paralysie peut toucher le bras et la main, et être irréversible. La paralysie obstétricale du plexus brachial est un accident connu qui concernerait, selon les études, 4 à 5 naissances sur 10 000¹²⁹. Cette fréquence reste la même depuis des années malgré les équipes médicales de mieux en mieux formées. Il faut donc comprendre que la paralysie du plexus brachial ne trouve pas sa cause uniquement dans les manœuvres fœtales. Dans les cas d'extraction d'urgence de l'enfant en souffrance fœtale, il est parfois pris la décision de « sacrifier le bras » pour extraire l'enfant qui est alors en danger de mort afin de lui éviter une anoxie cérébrale¹³⁰.

Les manœuvres obstétricales de dégagement du fœtus naissant par voie basse, tête première, associent la rotation de la tête et l'abaissement de l'épaule. Elles peuvent aboutir à une traction responsable des lésions nerveuses d'étirement, de rupture et d'arrachement en fonction de la force appliquée. La naissance par le siège peut être aussi l'occasion d'un traumatisme du plexus brachial lorsqu'il y a une rétention tête dernière.

A la naissance, le nouveau-né se présente alors avec un membre supérieur flasque et souvent douloureux, mais pour lequel il est impossible de déterminer le type de lésion dont il s'agit. De plus, seule l'évolution de la paralysie au fil des premiers mois de vie permettra de diagnostiquer la gravité des séquelles et permettra d'évaluer l'évolution favorable ou non qui pourra suivre. Seulement 1/3 des atteintes du plexus brachial vont récupérer sans séquelle. Le pronostic est difficile à évaluer avant l'âge de 3 à 6 mois. La récupération nerveuse peut encore évoluer pendant 1 voire 2 ans¹³¹.

• Prévention et facteurs de risques

Cette paralysie se produisant pendant l'accouchement, aucun diagnostic anténatal n'est possible.

126. CAA Lyon, 12 décembre 2019, n° 18LY01000.

127. Cass., 1^{ère} civ., 26 septembre 2018, n° 17-20.143.

128. TJ Lyon, 14 décembre 2020, n°17/05439.

129. CAA Lyon, 14 décembre 2017, n° 16LY00018 – Rapport d'expertise.

130. Cass. 1^{ère} civ., 19 juin 2019, n° 18-20.883.

131. Référentiel en chirurgie pédiatrique – Paralysie obstétricale du plexus brachial.

Certains facteurs maternels sont significativement corrélés à la survenue d'une telle paralysie : la présentation du sommet au cours d'un premier accouchement pour la parturiente ou encore une prise pondérale importante durant la gestation, supérieure à 20 kg. De surcroît, des facteurs liés au fœtus peuvent aussi favoriser la survenue d'une POPB. Il est constaté, chez plus de 40 % des enfants victimes d'une atteinte du plexus brachial, une présentation par voie basse ou un poids de naissance supérieur à 4 kg. En cas de présentation par le siège, seule la prématurité est corrélée à la survenue d'une paralysie obstétricale du plexus brachial.

Enfin, des facteurs obstétricaux lors du travail sont indiscutables dans toutes les publications : une dystocie des épaules est présente dans 80 à 90 % des cas. La dystocie entraîne un allongement de la durée de la phase de dilatation ainsi qu'un engagement tardif de la présentation fœtale.

- **Survenue du dommage**

Lorsque l'élongation du plexus brachial survient, il convient ainsi pour le médecin d'évaluer les facteurs de risques dans la grossesse de la parturiente. La survenue d'un traumatisme du plexus brachial est une complication fréquente de la dystocie des épaules, que l'accouchement soit réalisé par un gynécologue¹³² ou une sage-femme¹³³, qui est souvent imprévisible, notamment en l'absence d'un ou plusieurs facteurs de risque. L'existence d'un lien de causalité entre une faute du praticien et le préjudice subi par l'enfant et ses parents doit être caractérisée, sans quoi sa responsabilité ne saurait être engagée¹³⁴⁻¹³⁵.

Selon la situation fœtale, la dystocie dont souffert l'enfant est un phénomène directement lié à l'expulsion et tout à fait imprévisible, et la technique à laquelle les deux sages-femmes ont recouru pour combattre cette complication étant conforme aux données actuelles de la science médicale, il ne peut être fait au médecin

accoucheur le reproche de son absence, car sa présence au moment de l'expulsion n'aurait pu empêcher la survenance de la complication¹³⁶. Les lésions subies par l'enfant sont le plus souvent considérées comme relevant d'un aléa thérapeutique¹³⁷.

A l'inverse, pourra ainsi être retenue la responsabilité du médecin qui s'est contenté de procéder, à 15 jours du terme de la grossesse, à une échographie pour écouter les bruits du cœur et de vérifier la vitalité du fœtus mais s'est abstenu de mesurer la hauteur utérine. Or, en l'espèce, cet élément aurait permis, conjugué à d'autres éléments, comme la surcharge pondérale de la parturiente et sa prise de poids importante au cours de sa grossesse, de l'alerter quant à un risque de macrosomie fœtale (poids de naissance supérieur à 4kg). Les juges d'appel ont justement jugé que le médecin n'avait pas employé tous les moyens d'investigation dont il disposait pour en vérifier l'existence. Ce diagnostic aurait permis d'orienter la parturiente en toute connaissance de cause vers le mode d'accouchement le plus adapté. Le médecin a ainsi commis une faute de nature à engager sa responsabilité professionnelle. Cela étant, celui-ci ayant seulement fait perdre une chance à la parturiente de bénéficier d'un mode d'accouchement plus sûr, le médecin ne saurait être condamné à la réparation intégrale du préjudice subi¹³⁸.

En effet, et comme a eu l'occasion de le rappeler le Conseil d'Etat : « *Dans le cas où la faute commise lors de la prise en charge ou du traitement d'un patient dans un établissement public hospitalier a compromis ses chances d'obtenir une amélioration de son état de santé ou d'échapper à son aggravation, le préjudice résultant directement de la faute commise par l'établissement et qui doit être intégralement réparé n'est pas le dommage corporel constaté, mais la perte de chance d'éviter que ce dommage advienne, la réparation qui incombe à l'hôpital devant alors être évaluée à une fraction du dommage corporel dé-*

132. Cass. 1^{ère} civ., 19 juin 2019, n° 18-20.883.

133. CE, 9 avril 1975, 91414.

134. Cass. 1^{ère} civ., 7 février 2006, n° 04-13.583.

135. Cass. 1^{ère} civ., 31 mai 2007, n° 03-19.365.

136. Cass. 1^{ère} civ., 26 mars 1996, n° 94-10.951.

137. Cass. 1^{ère} civ., 29 juin 2004, n° 02-17.723.

138. Cass. 1^{ère} civ., 26 septembre 2012, n° 11-19.284.

terminée en fonction de l'ampleur de la chance perdue ». Pour autant, le médecin qui constate l'étroitesse du bassin de la parturiente mais ne prend pas la décision de réaliser une césarienne commet une faute de nature à engager sa responsabilité : cette faute est à l'origine directe du dommage corporel. L'arrachement du plexus brachial aurait été évité si une césarienne avait eu lieu, et le Conseil d'Etat retient alors une perte de chance totale d'éviter le dommage corporel subi¹³⁹.

De la même façon, et dès qu'il existe l'un des facteurs de risque, les juges judiciaires procèdent généralement au même raisonnement : le médecin qui prend la décision de ne pas procéder à une césarienne alors que celle-ci aurait évité de manière évidente un risque de lésion du plexus brachial voit sa responsabilité engagée¹⁴⁰⁻¹⁴¹.

• **Précision sur l'indemnisation du préjudice du POPB : Cass. 1^{ère} civ., 19 juin 2019, 18-20.883 : indemnisation par l'ONIAM d'un dommage à faible probabilité.**

En raison d'une dystocie des épaules de l'enfant, un gynécologue obstétricien a dû effectuer des manœuvres d'urgence obstétricales engendrant la paralysie du plexus brachial. Aucune anomalie ou facteur de risques de l'enfant ou de sa mère ne s'étaient présentés avant l'accouchement. Aucune faute ne saurait donc être retenue à l'encontre du praticien, mais les préjudices subis par l'enfant sont bien directement imputables à un acte de soin : les manœuvres obstétricales. Au visa de l'article L.1142-1 du CSP, la Haute Juridiction a donc eu l'occasion de considérer que les parents de l'enfant atteint d'une paralysie du plexus brachial étaient bien fondés à solliciter l'indemnisation des conséquences de l'accident médical non fautif auprès de l'Office national des infections iatrogènes et des accidents médicaux. Celle-ci permet l'indemnisation de l'enfant par l'ONIAM en considérant que les conséquences de l'acte médical peuvent être regardées comme anormales : « si l'élongation du plexus brachial est une complication fréquente de la dystocie des

épaules, les séquelles permanentes de paralysie sont beaucoup plus rares, entre 1 % et 2,5 % de ces cas, de sorte que la survenance du dommage présentait une faible probabilité. La cour d'appel en a exactement déduit, sans se contredire, que l'anormalité du dommage était caractérisée, et que, par suite, l'ONIAM était tenu à indemnisation au titre de la solidarité nationale. ».

Cette démonstration est inédite, étant retenu généralement que la lésion du plexus brachial est une complication prévisible des manœuvres indispensables pour parvenir à dégager l'enfant lorsque son extraction par les voies naturelles se heurte à une dystocie des épaules. L'atteinte du plexus brachial est habituellement reconnue comme non anormale au regard de l'évolution prévisible des suites d'une dystocie des épaules correctement prise en charge¹⁴².

3° L'encéphalopathie anosco-ischémique ou asphyxie du per-partum

• Définition

En pratique obstétricale, le risque de « souffrances fœtales » est évoqué dès l'apparition d'anomalies du rythme cardiaque de l'enfant, en ce que celles-ci traduisent une diminution de son oxygénation, ou hypoxie. Bien que de simples anomalies du rythme cardiaque soit fréquentes et aboutissent dans la majorité des cas à la naissance d'un enfant en bonne santé, celles-ci peuvent se compliquer en asphyxie fœtale pouvant être à l'origine d'une décompensation des réponses physiologiques et entraîner des lésions cérébrales permanentes ou même la mort.

L'une des complications les plus graves de l'asphyxie fœtale est l'encéphalopathie anoxo-ischémique néonatale, conduisant le nouveau-né, dans sa première semaine de vie, à des perturbations telles que détresse respiratoire, hypotonie, hyporéflexie, convulsions, ou décès. L'encéphalopathie concerne 0,3 % des naissances vivantes, et seulement 30 % de celles-ci sont liées à l'asphyxie fœtale¹⁴³.

139. CE, 18 mars 2019, n° 417635.

140. Cass. 1^{ère} civ., 13 mai 2014, n° 13-14.298.

141. Cass. 1^{ère} civ., 5 novembre 2009, n° 08-17.104.

142. CRCI – réunion de règlement amiable du 20 novembre 2008, dossier n° 07-075-c-0362.

143. Prise en charge anesthésique pour souffrance fœtale – Le Congrès Médecins. Les essentiels.

• Facteurs de risques

L'oxygène dont a besoin le fœtus est apporté par le placenta, via un transfert de gaz. Cet échange dépend du débit utéro-placentaire et du flux ombilical. Dès lors, certains facteurs pouvant modifier ce débit, comme la contraction utérine ou des phénomènes diminuant le débit utéroplacentaire et le volume de la chambre intervillieuse, impacteront le rythme cardiaque de l'enfant. En effet, l'interruption des échanges entraîne une acidose respiratoire (rétention de gaz carbonique). Il est régulièrement rappelé par les experts les deux circonstances physiopathologiques pouvant être à l'origine d'une hypoxie : « *une anomalie des échanges gazeux placentaires qui aboutit si elle se prolonge 2 à 3 heures, à des lésions situées dans les territoires cortico-sous-corticaux, notamment jonctionnelles (...) ou une réduction du débit sanguin fœtal interrompant totalement (anoxie) ou partiellement (ischémie) la perfusion du fœtus et à l'origine de lésions cérébrales aiguës se constituant en 10 à 30 minutes dans la phase terminale de l'accouchement et touchant les structures profondes du cerveau (noyaux gris centraux)* »¹⁴⁴. Parmi les causes placentaires se trouvent l'hypertension artérielle, le diabète, une grossesse prolongée et une altération placentaire qui constituent des causes placentaires anténatales alors que la baisse du débit utéroplacentaire, un travail prolongé ainsi que des contractions trop fréquentes ou intenses constituent des causes placentaires périnatales.

• Diagnostic anténatal

Le monitoring du rythme cardiaque en cours de travail permet le dépistage des anomalies du rythme cardiaque du fœtus. Cette méthode repose sur la détection des mouvements fœtaux par un capteur externe, associé à l'enregistrement des contractions utérines. Selon les recommandations, la surveillance doit, a minima, être réalisée toutes les 15 minutes pendant la première période de contractions, puis toutes les 5 mi-

minutes pendant la phase active¹⁴⁵⁻¹⁴⁶. Cette surveillance discontinuée ne peut se concevoir que pour une patiente à bas risque¹⁴⁷. En effet, le gynécologue qui a donné des consignes de monitoring discontinu alors que les risques de souffrances fœtales existaient pour la parturiente nécessitant un monitoring continu afin de laisser paraître les anomalies cardiaques fœtales engage sa responsabilité en commettant une faute en relation avec les dommages subis. En l'espèce, la responsabilité du gynécologue avait été retenue alors même que la sage-femme n'avait mis en place aucun monitoring. Dans le même sens, sera engagée la responsabilité du centre hospitalier dans le cas d'une grossesse à risque pour laquelle le monitoring du rythme cardiaque fœtal n'a été mis en place à aucun moment du travail¹⁴⁸.

Une surveillance continue par cardiotocographie peut aussi être opérée. La parturiente devra être informée des bénéfices et risques de chacune des surveillances. La surveillance continue devra être préférée dans certains cas particuliers : en cas d'administration d'ocytocine¹⁴⁹ ou d'analgésie locorégionale.

Cette méthode de détection très sensible conduit généralement à l'extraction en urgence de l'enfant et amène, par effet collatéral, à une augmentation significative du nombre de césariennes ou extractions instrumentales réalisées.

Face aux biais subjectifs de l'interprétation du rythme cardiaque fœtal, un recours à des techniques alternatives de diagnostic s'est mis en place, notamment dans le cas d'une hypothermie maternelle, sommeil fœtal ou effet de médicaments. S'est notamment développée la mesure par prélèvement sanguin au niveau du scalp fœtal du pH ou du taux de lactates, technique coûteuse, difficile à mettre en place, et invasive mais permettant la réduction du nombre de césariennes réalisées pour souffrances fœtales au cours de l'accouchement.

144. CA Grenoble, 12 mars 2012, n° 08/01316.

145. Haute Autorité de Santé – Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales.

146. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français – Recommandation pour la pratique clinique : modalités de surveillance fœtale pendant le travail.

147. Cass. 1^{ère} civ., 30 octobre 1995, n° 93-20.544.

148. CE, 6 février 2013, n° 344188.

149. Collège national des sages-femmes – recommandations pour la pratique clinique / administration d'ocytocine.

- Valeur médicolégale du rythme cardiaque fœtal (RCF)

Le monitoring est la pièce maîtresse attestant de la surveillance réalisée durant l'accouchement en ce qu'il permet, d'une part, de déterminer le moment d'apparition des anomalies du RCF mais également parce qu'il traduit la coopération de l'équipe médicale durant l'accouchement, notamment celle du binôme sage-femme/obstétricien. Par exemple, une cour d'appel a pu juger que : « la sage-femme a prétendu avoir appelé le médecin juste avant sa garde à 8h00. Que cependant le médecin n'en a aucun souvenir, et aucune mention n'a été portée à ce sujet sur le dossier médical et le monitoring. Qu'en l'absence de cette mention, il ne peut être retenu qu'une forte présomption que le gynécologue obstétricien n'ait pas été appelé »¹⁵⁰. Une autre cour d'appel¹⁵¹ a pu encore juger sévèrement que « les fautes imputables au médecin sont également imputables à la sage-femme bénéficiant d'une relative autonomie professionnelle, ayant assisté à la totalité du travail et de l'expulsion de l'enfant, sans émettre la moindre réserve ou observation, notamment en les notant sur le compte rendu de l'accouchement (partogramme), alors qu'en sa qualité, elle ne pouvait ignorer les complications d'une grossesse diabétique, ni la gravité du signal donné par le rythme cardiaque (...) ».

L'absence de production de cette pièce est régulièrement sanctionnée par les juges : « faute d'enregistrement du rythme fœtal pendant plusieurs minutes, il incombait à la clinique d'apporter la preuve qu'au cours de cette période, n'était survenu aucun événement nécessitant l'intervention du médecin obstétricien »¹⁵². Cependant, il ne s'agit que d'une présomption simple de défaut de surveillance pesant sur l'établissement en charge de la conservation du dossier. En effet, d'une part, la présomption de défaut de surveillance ne pèsera sur le professionnel de santé libéral qu'en cas de faute pouvant lui être imputée dans la conservation du dossier. C'est évidemment le cas du médecin qui déchire un

tracé cardiotocographique faisant apparaître des souffrances fœtales non prises en charge¹⁵³. Par ailleurs, la présomption peut être renversée par la démonstration d'une absence de défaut de maîtrise : « c'est à juste titre que les premiers juges ont retenu que l'absence de renseignements suffisants ne faisait pas pour autant la preuve d'une absence de maîtrise obstétricale et d'une faute du docteur E Z pendant l'accouchement ayant causé l'anoxie cérébrale »¹⁵⁴.

- Survenue de la complication et prise en charge

La conduite à tenir sera définie selon la gravité du risque, le contexte clinique et le moment de survenue des anomalies du rythme cardiaque pendant l'accouchement.

- Prise en charge « simple », par réanimation in utero

Face à la suspicion d'anomalies du rythme cardiaque fœtal, une réanimation in utero peut être initiée. L'objectif est d'intervenir avant que ne puisse se déclencher un risque pour le fœtus (en particulier le risque d'encéphalopathie anoxo-ischémique), sans pour autant réaliser en urgence des césariennes ou des extractions instrumentales inutiles, par des techniques de réanimation in utero. Cette solution lorsqu'elle est possible, permet ainsi de concilier la santé de la mère et de l'enfant, là où une extraction fœtale rapide augmenterait collatéralement la morbidité maternelle.

En pratique, il s'agit de lutter contre l'hypoxémie et l'acidose fœtale en délivrant une plus grande quantité d'oxygène au fœtus. La mesure la plus utilisée lors de la survenue de la complication est le positionnement de la patiente en décubitus latéral gauche afin de lever la compression aortocave, améliorant le retour veineux de la mère et le débit sanguin placentaire. Également, en diminuant l'activité utérine qui peut entraîner une hypoxie fœtale en cas de contractions trop fréquentes ou trop fortes, l'oxygénation fœtale peut être améliorée (par arrêt d'ocytocine ou adminis-

150. CA Riom, 2 juillet 2014, n° 09/02942.

151. CA Versailles, 13 novembre 2008, RG 07/628.

152. Cass. 1^{ère} civ., 13 décembre 2012, n° 11-27.347.

153. Conseil National de l'Ordre des Médecins, Chambre disciplinaire nationale, 3 décembre 1996, n° 5468 / Cass. 1^{ère} civ., 14 avril 2016, n° 15-14.629.

154. CA Grenoble, 12 mars 2012, n° 08/01316.

tration d'agents tocolytiques). Enfin, l'administration maternelle d'oxygène peut permettre l'amélioration de l'oxygénation de l'enfant à naître.

- Prise en charge de l'urgence fœtale

Afin d'évaluer le degré d'urgence du recours à l'extraction fœtale, des classifications ont été élaborées dont l'une présente les degrés d'urgence des césariennes en trois codes couleur : « *code rouge* » correspondant à une extrême urgence sur le pronostic vital de la mère ou le fœtus ; « *code orange* » pour une menace à court terme du pronostic maternel ou fœtal, « *code vert* » pour une urgence qui peut être différée.

Il est alors essentiel d'évaluer correctement le caractère d'urgence auquel le médecin fait face, tout retard dans l'extraction de l'enfant étant susceptible de contribuer à l'apparition ou à l'aggravation de séquelles cérébrales.

o Articulation du rôle de la sage-femme et de celui du gynécologue-obstétricien

La sage-femme dispose du statut particulier de « *profession médicale à compétences définies* ». Elle assure en toute autonomie, c'est-à-dire sous sa propre responsabilité, la surveillance du travail et de l'accouchement eutocique.

Ainsi qu'a pu l'énoncer la Cour de cassation, « *un médecin accoucheur n'est pas tenu de suivre l'état d'une parturiente dès son entrée en clinique, lorsque celle-ci est sous la surveillance d'une sage-femme, ce qui relève de la compétence professionnelle de cette dernière (art 28 code de déontologie issu du décret du 30 septembre 1949 alors applicable), et qu'aucun élément ne permet de suspecter un accouchement dystocique* »¹⁵⁵.

En revanche, l'art L.4151-3 CSP dispose qu'en « *cas de pathologie maternelle, fœtale ou néonatale pendant la grossesse, l'accouchement ou les suites*

de couches, et en cas d'accouchement dystocique, la sage-femme doit faire appel à un médecin ».

En effet, c'est à compter du moment où la grossesse devient pathologique ou l'accouchement dystocique que la prise en charge est placée sous la responsabilité du médecin-accoucheur.

D'une part, l'obstétricien pourra voir sa responsabilité engagée pour ne pas avoir « *assuré à sa patiente les soins personnels et consciencieux qu'il lui devait en l'abandonnant à la surveillance des sages-femmes sans instructions particulières*¹⁵⁶ ». De même, engagent leur responsabilité le gynécologue-obstétricien de garde ainsi que la sage-femme salariée de l'établissement de santé, en l'absence de surveillance de la patiente et d'un défaut de contrôle de l'action de la sage-femme qui n'avait pas reçu d'instructions précises sur les mesures appropriées. Ces fautes ayant retardé la découverte de la souffrance fœtale à l'origine des lésions dont souffre l'enfant¹⁵⁷.

D'autre part, la sage-femme engage sa responsabilité¹⁵⁸ ou celle de l'établissement de santé, en tant que commettant, pour tout retard¹⁵⁹ dans l'appel de l'obstétricien : « *Il n'est pas certain que le dommage ne serait pas advenu en l'absence du retard fautif. Il n'est pas pour autant davantage établi avec certitude que les lésions étaient déjà irréversiblement acquises dans leur totalité quand la décision de pratiquer la césarienne aurait dû être prise, ni que le délai de 35 minutes qui aurait en toute hypothèse séparé cette décision de l'extraction de l'enfant aurait suffi à l'apparition des mêmes lésions* »¹⁶⁰.

Dès l'appel à l'obstétricien, la sage-femme se place dans un rapport de préposition avec le médecin accoucheur¹⁶¹ et agit sous sa responsabilité. Ainsi, engage sa responsabilité exclusive l'obstétricien qui décide de poursuivre l'accouchement par les voies naturelles plutôt que de procéder sans délai à une césarienne en présence d'une épreuve utérine avec dilatation trainante, d'un

155. Cass. 1^{ère} civ., 20 juin 2000, n° 98-21.283.

156. Conseil National de l'Ordre des Médecins, Chambre disciplinaire nationale, 3 décembre 1996, n° 5468.

157. Cass. 1^{ère} civ., 9 novembre 2004, n° 01-16.739, Publié au bulletin.

158. Cass. Crim, 4 mai 2004, n° 03-86.175.

159. Cass. Crim, 25 septembre 1996, n° 95-81.552.

160. CE, 26 mai 2010, n° 306354.

161. Cass 1^{ère} civ., 17 février 2011, n° 10-10.449, n° 10-10.670.

liquide amniotique teinté et d'un RCF hautement pathologique¹⁶². Il a été également jugé que « *la sage-femme est tenue de maintenir ses actes de surveillance y compris en cas de défaillance du médecin contacté, mais il n'en reste pas moins que seul le médecin peut prendre la décision de procéder en urgence à une césarienne* »¹⁶³.

De même, la tentative de forceps qui se prolonge alors même que l'état de souffrance fœtale imposait l'extraction sans délai du fœtus permet, là aussi, la caractérisation d'une faute à l'encontre du médecin. Cette faute, qui avait provoqué la persistance de la souffrance fœtale au-delà de 20 minutes, était la cause directe des lésions cérébrales de l'enfant et non une simple perte de chance d'éviter ce dommage¹⁶⁴.

L'indication de déclenchement d'accouchement est également une décision médicale qui nécessite une information particulière.

Si lors d'un accouchement dystocique, la sage-femme est tenue de se conformer aux décisions du médecin accoucheur, certaines décisions judiciaires sévères considèrent quelquefois que sa qualité de profession médicale ne la dispense pas d'exprimer sa divergence d'appréciation. Ainsi, une cour d'appel a pu estimer que « *les fautes imputables au médecin sont également imputables à la sage-femme bénéficiant d'une relative autonomie professionnelle, ayant assisté à la totalité du travail et de l'expulsion de l'enfant, sans émettre la moindre réserve ou observation, notamment en les notant sur le compte rendu de l'accouchement (partogramme), alors qu'en sa qualité, elle ne pouvait ignorer les complications d'une grossesse diabétique, ni la gravité du signal donné par le rythme cardiaque (...)* »¹⁶⁵.

o Faute dans l'organisation du service

Pour toute intervention d'urgence, il est nécessaire qu'un effectif minimum de personnel soit

maintenu par l'établissement de santé selon l'article D.6124-44 du Code de la santé publique, élément majeur que ne manquent pas de rappeler les juges¹⁶⁶. En effet, l'absence prolongée de tout membre du corps médical pendant le déroulement d'un accouchement dont les premiers signes caractérisés de souffrances fœtales étaient apparus trois heures plus tôt et pour lesquels le médecin avait été averti, constitue une faute dans l'organisation et le fonctionnement du service dès lors que le praticien n'est arrivé que quelques instants après l'accouchement provoqué par la sage-femme. Il s'agissait en l'espèce d'une maison maternelle départementale, dont la responsabilité a pu être engagée¹⁶⁷. De même, il a pu être retenu par la Cour de cassation que commet une faute la clinique qui met à la disposition des parturientes un personnel qui n'a pas reçu la formation suffisante pour lui permettre d'utiliser l'équipement technique conforme aux données acquises de la science obstétricale¹⁶⁸. La mise en place de tour de garde par l'établissement de santé est tout aussi indispensable que la surveillance du respect de ce tour de garde : en l'espèce le médecin de garde était absent et n'a pas été remplacé. Il y a donc une faute dans l'organisation du service, qui incombe à l'établissement de soins¹⁶⁹.

A contrario, ne commet pas de faute d'organisation du service l'établissement de santé, dès lors que les salles d'accouchement n'étaient pas occupées, que le personnel était en nombre suffisant et qu'il était disponible pour une intervention en urgence : la décision du médecin de pratiquer l'accouchement dans le lit de la parturiente, sur une bassine, n'a pas été dictée par un défaut d'équipement de la clinique ou de disponibilité du personnel. Aucune faute ne peut donc être imputée à la clinique¹⁷⁰. De même, n'est pas retenue la responsabilité du centre hospitalier au sein duquel une parturiente a accouché seule, en l'absence de médecin et/ou de sage-femme auprès d'elle, bien qu'informés du début du travail. En

162. CA Riom, 2 juillet 2014, n°09/02942.

163. TJ Arras, 24 mars 2021, n° 17/00640 (appel en cours).

164. Cass. 1^{ère} civ., 13 mai 1997, n° 95-15.303.

165. CA Versailles, 13 novembre 2008, n° 07/00628.

166. CAA Lyon, 30 mars 2021, n° 19LY00819.

167. CE, 17 avril 1985, n°s 50438 55866.

168. Cass. 1^{ère} civ., 7 juillet 1998, n° 97-10.869.

169. CA Aix-en-Provence, 31 mai 2007, n° 04/16801.

170. CA Grenoble, 5 septembre 2006, Abel-Coindoz c/ SA Clinique Trenal n°01/04535.

l'espèce, il a été considéré que le déroulement normal de la grossesse et l'extrême rapidité, non prévisible, de son travail et le contexte de suractivité urgente et importante au moment de son accouchement empêchait de retenir une faute dans l'organisation du travail¹⁷¹.

o Intervention de l'anesthésiste

Selon la gravité des anomalies cardiaques et le délai de survenance de celles-ci, une prise en charge anesthésique pourra être nécessaire. Pourra alors être mise en place une anesthésie pour extraction fœtale par césarienne ou par voie basse instrumentale. L'anesthésiste intervient alors dans un cadre d'urgence pour la santé du fœtus. Pour autant, aucune négligence sur la santé de la mère ne doit être opérée par le professionnel de santé. Ainsi, l'anesthésiste qui met en place une rachianesthésie à la suite d'une anesthésie péridurale dès les premiers signes de souffrance fœtale aiguë commet une faute engageant sa responsabilité. En l'espèce, la pratique d'une rachianesthésie pratiquée à la suite d'une anesthésie péridurale est contraire aux recommandations de bonnes pratiques de sa spécialité, celle-ci, au demeurant, avait mal été effectuée (niveau du rachis trop élevé et dose supérieure à la dose recommandée), et a provoqué un arrêt cardio-respiratoire pour la mère. La responsabilité exclusive de l'anesthésiste avait été retenue, la Cour de cassation rappelant ainsi l'indépendance inaliénable de ce professionnel de santé dans ses actes¹⁷².

Cela étant, la responsabilité de l'anesthésiste ne se cantonne pas au suivi de l'anesthésie et de ses effets. En effet, même si son champ de compétence est limité, il collabore néanmoins à l'équipe médicale. Ainsi, a-t-il pu être jugé : « que le Dr X, médecin anesthésiste, expérimentée à l'analgésie obstétricale, aurait pu prendre la décision de prévenir l'obstétricien à l'issue de la bradycardie puisqu'à ce moment-là elle était encore présente sur place et ne pouvait ignorer la signification potentiellement grave de cette bradycardie prolongée »¹⁷³, ou encore que l'anesthésiste, « est également responsable pour n'avoir rien entrepris auprès de l'enfant, bien que n'étant pas anesthésiste pédiatre »¹⁷⁴.

gée »¹⁷³, ou encore que l'anesthésiste, « est également responsable pour n'avoir rien entrepris auprès de l'enfant, bien que n'étant pas anesthésiste pédiatre »¹⁷⁴.

• Régime d'indemnisation

De manière générale, engageront leur responsabilité tous les praticiens dont le comportement fautif a contribué au dommage subi par l'enfant, leur part appréciée souverainement par les juges du fond.

o L'imputabilité du dommage à une asphyxie du per partum

En présence d'une demande d'indemnisation mettant en cause la surveillance de l'accouchement, il convient tout d'abord de déterminer si le dommage subi est imputable à une asphyxie du perpartum.

Des critères publiés en 2007 ont été notamment définis par le Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français. Ces critères, cumulatifs, permettent alors d'écartier ou confirmer tout lien de causalité entre des troubles du nouveau-né et le déroulement de l'accouchement : « l'ensemble de ces symptômes ne rentrent pas dans le tableau attendu tel qu'il est défini au niveau du Consensus et que, de ce fait, il est difficile de les rattacher de façon certaine et unique à la souffrance fœtale »¹⁷⁵ ou qu'au contraire « l'expert note que l'infirmité présentée par l'enfant a pour cause « bien établie » une souffrance fœtale par anoxo-ischémie aiguë anténatale et que l'enfant a présenté dès la naissance, dans les suites néonatales et dans l'évolution ultérieure tous les signes caractéristiques de cette pathologie. Il précise en particulier qu'il n'existe aucune autre étiologie retrouvée pouvant être à l'origine de ce tableau »¹⁷⁶.

Doivent ainsi être mis en évidence plusieurs critères cumulatifs :

- une acidose métabolique fœtale perpartum au cordon sur l'artère ombilicale ou précocement chez le nouveau-né,

171. CA Toulouse, 5 mars 2018, n° 15/06068.

172. Cass. 1^{ère} civ., 16 janvier 2013, n° 12-15.452.

173. CA Riom, 2 juillet 2014, n°09/02942.

174. CA Versailles, 14 janvier 2016, n°14/02570.

175. CAA Lyon, 2 avril 2020, n° 18LY01911.

176. TGI Montbéliard, 26 novembre 2009, n° 04/00835.

- une encéphalopathie précoce modérée à sévère chez un enfant né à au moins 34 semaines d'âge gestationnel,
- une paralysie cérébrale de type quadriplégie spastique ou de type dyskinétique,
- et enfin l'exclusion de toute autre cause : traumatisme, troubles de la coagulation, pathologie infectieuse, problème génétique.

Les juges, avec l'aide des experts, vont alors analyser ces critères : « *Considérant que si le 1^{er} critère de la mise en évidence d'une acidose métabolique n'a pu être vérifié faute de prélèvement sur le cordon ombilical, pratique non couramment utilisée en France, et que le 2^{ème} peut être discuté compte tenu des troubles neurologiques présentés par l'enfant après la naissance, il est constant que celle-ci n'a pas présenté de paralysie cérébrale de type quadriplégie ou de type dyskinétique, et principalement, il est avéré et non contesté que l'enfant présentait un RCIU pouvant à lui seul expliquer son retard actuel* »¹⁷⁷.

Malgré l'existence de ces critères, les circonstances ne permettent pas forcément de déterminer le moment de survenue de la souffrance fœtale, anténatale ou perpartum : « *la cour d'appel (...) a constaté que l'état de l'enfant était dû à une souffrance fœtale dont il n'était pas possible de savoir si elle était survenue en fin de grossesse ou pendant le travail dont on ne pouvait connaître la durée exacte et en a déduit, sans se contredire, ni inverser la charge de la preuve, qu'aucun élément ne faisait ressortir un défaut de maîtrise obstétricale ou une faute de surveillance de la mère ou du fœtus* »¹⁷⁸.

Cette information étant nécessaire pour déterminer les responsabilités éventuelles, un examen IRM est maintenant couramment pratiqué. Cet examen aide notamment à déterminer si les souffrances fœtales se sont constituées au moment de l'accouchement ou si celles-ci sont antérieures. A ainsi pu être reconnu que « *le re-*

tard de croissance intra-utérin, et plus encore, les données de l'imagerie, permettent d'affirmer que la pathologie neurologique dont est atteint Z correspond à une atteinte anténatale, plusieurs semaines avant la naissance »¹⁷⁹ ou au contraire que « *l'enfant présente un retard neurodéveloppemental qui a été précisé par les différentes IRM qui ont été faites ; que l'expertise note que l'IRM réalisée le 12 juillet, à 16 jours, ne retrouve pas de stigmates de lésions anoxo-ischémiques ou hémorragiques remarquables ; que l'IRM pratiquée le 20 décembre fait état d'anomalies de la substance blanche avec anomalie du corps calleux de la région du genou et de la moitié antérieure de celui-ci ; qu'il n'est pas fait état d'anomalie des noyaux gris centraux ce qui selon l'analyse du Pr X PHPU élimine a priori une souffrance aiguë périnatale à l'origine des lésions constatées* »¹⁸⁰.

L'IRM permettant d'éliminer la pathologie fœtale in utero permet de déterminer les responsabilités à rechercher : le gynécologue-obstétricien ayant retardé l'extraction du fœtus ou la sage-femme qui ne réagit pas à la constatation des anomalies du RCF¹⁸¹.

o Perte de chance et réparation intégrale

La réparation du préjudice causé par les fautes des professionnels de santé intervenant dans la prise en charge de souffrances fœtales se fait généralement selon la perte de chance causée par la faute de chaque membre de l'équipe. Il a ainsi pu être rappelé que lorsque la faute commise lors de la prise en charge ou le traitement d'un patient dans un établissement public hospitalier a compromis ses chances d'obtenir une amélioration de son état de santé ou d'échapper à son aggravation, le préjudice résultant directement de la faute commise par l'établissement et qui doit être intégralement réparé n'est pas le dommage corporel constaté mais la perte de chance d'éviter la survenue de ce dommage¹⁸².

Il a pu être retenu à cet égard qu'« *en retenant, au vu des rapports d'expertise produits au dos-*

177. CA PARIS, 15 juin 2017, n°16/03869.

178. Cass. 1^{ère} civ., 16 mai 2013, n°12-20.048.

179. TGI Pontoise, 14 juin 2016, n° 14/01753.

180. TGI Montbéliard 26 novembre 2009, RG 04/00835.

181. CA Versailles, 14 janvier 2016, n° 14/02570.

182. Cass. 1^{ère} civ., 28 janvier 2010, n° 08-20.755, n° 08-21.692.

sier, que si le fait pour la sage-femme, lors de l'accouchement de Mme E..., de ne pas avoir appelé l'obstétricien de garde, en dépit d'anomalies constatées dans le rythme cardiaque fœtal puis de la durée excessive des efforts expulsifs, était constitutif d'une faute de nature à engager la responsabilité du centre hospitalier, cette faute n'était à l'origine que d'une perte de chance, évaluée à 80 %, de prévenir les séquelles dont le jeune A... reste atteint, la cour n'a ni commis d'erreur de droit ni dénaturé les pièces du dossier »¹⁸³.

Engagent donc leur responsabilité, au titre de la perte de chance pour la victime d'éviter le dommage, tous les praticiens dont le comportement fautif lors de la grossesse ou de l'accouchement a contribué au dommage subi par l'enfant, peu important que l'origine première de son handicap soit affectée d'un degré d'incertitude. La cour qui retient un retard fautif dans l'extraction de l'enfant ne peut pas considérer ces fautes sans conséquences sur l'état de santé de l'enfant : une perte de chance présente un caractère direct et certain chaque fois qu'est constatée la disparition d'une éventualité favorable¹⁸⁴. Ainsi, une incertitude sur l'origine de la pathologie, notamment sur l'existence possible de facteurs anténataux non identifiables, ne fait pas obstacle à l'engagement de la responsabilité des protagonistes (en l'espèce une clinique et le gynécologue obstétricien), dès lors que l'ensemble des fautes commises par celui-ci et par le personnel de la clinique ont fait perdre à l'enfant des chances certaines d'échapper à la constitution ou à l'aggravation de lésions cérébrales¹⁸⁵.

Chacun des intervenants (sage-femme, gynécologue-obstétricien et clinique) sont ainsi tenus, in solidum, à hauteur de la perte de chance subie et indépendamment d'une part contributive de chacun à la réalisation du dommage.

Cela étant, il se peut que l'auteur de la faute soit condamné à réparer intégralement le dommage causé lorsqu'il est considéré que la ou les fautes ont fait perdre toute chance d'échapper aux

atteintes neurologiques d'une extrême gravité dont il a souffert, bien qu'en l'espèce il ait été reconnu que le défaut d'oxygénation du cerveau de l'enfant avait débuté avant l'admission. Selon le Conseil d'Etat, les séquelles n'auraient pas atteint le caractère grave et irréversible constaté si l'enfant avait été pris en charge sans retard dans une unité de soins appropriée¹⁸⁶⁻¹⁸⁷.

Dans une affaire où la tentative de forceps s'est prolongée alors même que l'état de souffrance fœtale imposait l'extraction sans délai du fœtus, il a été retenu à l'encontre de l'obstétricien fautif non pas une perte de chance mais la réparation intégrale du préjudice causé¹⁸⁸.

4° Les infections materno-fœtales

• Présentation de l'infection et ses conséquences

L'infection materno-fœtale est une infection néonatale primitive précoce survenant dans les quatre premiers jours de vie. Elle est transmise par la mère à son fœtus en *ante* ou en *périnatale*. Trois voies de contamination sont possibles, à savoir la voie systémique transplacentaire, secondaire à une bactériémie maternelle ; la voie ascendante, la plus fréquente, secondaire à une colonisation du liquide amniotique par un germe pathogène provenant de la flore vaginale, avec ou sans ouverture de la poche des eaux ; et enfin, la contamination par ingestion, inhalation et/ou atteinte cutanéomuqueuse au cours du passage dans la filière génitale, voie la plus rare.

Cette infection représente une cause importante de morbidité et de mortalité néonatale, elle est grave (10% de la mortalité néonatale) et fréquente (1 à 4% des naissances), d'autant plus chez les prématurés. Ainsi, l'infection materno-fœtale, non ou insuffisamment prise en charge, a de lourdes conséquences pour l'enfant. Celui-ci peut ensuite souffrir tout au long de sa vie d'une infirmité motrice cérébrale lui causant notamment de grandes difficultés sur le plan moteur et/ou neurologique. Cette infection peut également

183. CE, 16 février 2021, n° 428513.

184. Cass. 1^{ère} civ., 24 octobre 2019, n° 18-19.459, Inédit.

185. Cass. 1^{ère} civ., 17 février 2011, n° 10-10.449, n° 10-10.670.

186. CE, 16 décembre 2005, n° 251543.

187. Cass. 1^{ère} civ., 13 mai 1997, n° 95-15.303.

188. Cass. 1^{ère} civ., 13 mai 1997, n° 95-15.303.

être cause de mortalité in utero ou en post partum immédiat.

- Distinction de l'infection materno-fœtale d'une infection nosocomiale

L'infection materno-fœtale doit être distinguée de l'infection nosocomiale. Un doute a pu émerger puisque l'infection materno-fœtale est une infection survenant le plus souvent durant la période d'hospitalisation. Néanmoins, l'infection nosocomiale est définie par le Code de la santé publique comme une infection associée aux soins contractée dans un établissement de santé¹⁸⁹ alors que l'infection materno-fœtale est une contamination du fœtus par des germes d'origine maternelle. Dès lors, le Comité Technique des Infections Nosocomiales et des Infections Liées aux Soins, dans le cadre de travaux en 2007, exclut expressément les infections materno-fœtales du champ des infections nosocomiales (sauf dans les cas d'infections à germe hospitalier ou consécutives à une colonisation maternelle non traitée, ou les entérocolites ulcéro-nécrosantes du nouveau-né de formes épidémiques)¹⁹⁰.

Une infection materno-foetale ne peut être caractérisée que lorsque le germe présent chez l'enfant l'est également chez la mère, à défaut de quoi il s'agit d'un germe hospitalier¹⁹¹. Ainsi, si aucun germe n'est présent chez la mère, que ce soit lors de son admission, au cours et dans les suites de son accouchement, la qualification d'infection materno-fœtale est écartée¹⁹².

Néanmoins, il peut arriver dans certains cas que l'infection materno-fœtale soit assimilée à une infection nosocomiale, ce qui permet la réparation des préjudices résultant de cette contamination de l'enfant au titre de la solidarité nationale. En effet, par un arrêt très remarqué du 12 mars 2014, le Conseil d'Etat, qui reconnaît le caractère materno-fœtal de l'infection, considère que, eu égard au moment de la contamination de la mère qui avait eu lieu au cours de l'hospitalisation,

cette infection est de la nature des infections susceptibles d'ouvrir droit à réparation au titre de la solidarité nationale, c'est-à-dire qu'elle est une infection nosocomiale¹⁹³. En d'autres termes, certaines infections materno-fœtales présentent des caractéristiques qui conduisent à les considérer comme des infections nosocomiales. Ainsi, si l'infection transmise à l'enfant par la mère résulte d'une première contamination de celle-ci par un germe hospitalier alors cette infection materno-fœtale doit être considérée comme une infection nosocomiale ouvrant ainsi réparation au titre de la solidarité nationale.

- Prévention et facteurs de risque

Selon l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en santé (ANAES aujourd'hui HAS¹⁹⁴), deux types de critères de suspicion peuvent être distingués avec, d'une part, les critères majeurs qui, bien que fortement liés à une infection materno-fœtale, sont peu fréquents et, d'autre part, les critères mineurs qui, quant à eux, sont peu liés à une infection materno-fœtale mais relativement fréquents. Parmi les critères majeurs se trouvent par exemple une prématurité spontanée inférieure à 35 semaines d'aménorrhée, une durée d'ouverture de la poche des eaux supérieure à 18 heures, une rupture prématurée des membranes avant 37 semaines d'aménorrhée, un antécédent d'infection materno-fœtale à Streptocoque B ou encore un portage vaginal de Streptocoque B chez la mère. Parmi les critères mineurs se trouvent par exemple une prématurité spontanée inférieure à 37 et supérieure à 35 semaines d'aménorrhée, un liquide amniotique teinté ou méconial, une anomalie du rythme cardiaque fœtal ou encore une asphyxie fœtale non expliquée.

Enfin, parmi les signes cliniques caractéristiques, sont notamment évoqués par la littérature une fièvre supérieure à 37,8°C et une hypothermie inférieure à 35°C mais également par des signes hémodynamiques (teint gris, bradycardie, hypotension artérielle...), des signes respiratoires

189. Art. R. 6111-6 Code de la santé publique.

190. CTINILS, Actualisation de la définition des infections nosocomiales, Mai 2007.

191. CAA Bordeaux, 8 octobre 2013, n° 12BX00850.

192. CA Rennes, 3 octobre 2018, n° 16/00256 ; CAA Bordeaux, 8 octobre 2013, n° 12BX00850.

193. CE, 12 mars 2014, n° 359473.

194. ANAES, Diagnostic et traitement curatif de l'infection bactérienne précoce du nouveau-né – Recommandations, Sept. 2002.

(tachypnée, dyspnée, pauses respiratoires, ...) ou encore des signes neurologiques (sommolence, convulsions, troubles du tonus, ...).

Si ces critères et signes ne préjugent pas d'une attitude thérapeutique systématique, ils justifient néanmoins une surveillance clinique particulièrement rapprochée pendant les 24 premières heures.

• Diagnostic

L'ANAES recommande de procéder à un dépistage systématique du portage de Streptocoque du groupe B en fin de grossesse, idéalement entre 34 et 38 semaines d'aménorrhée¹⁹⁵. La jurisprudence a pu considérer que ces simples recommandations de bonnes pratiques obligent le médecin ayant suivi la grossesse à pratiquer sur la patiente un prélèvement vaginal destiné à détecter la présence de cet agent infectieux en fin de grossesse, et qu'à défaut il commet une faute susceptible d'engager sa responsabilité¹⁹⁶.

Par la suite, il appartient au médecin prescripteur de s'enquérir des résultats des analyses prescrites afin d'adapter, le cas échéant, la prise en charge de la patiente, sans quoi il commet là aussi une faute susceptible d'engager sa responsabilité¹⁹⁷. Puis, il est tenu de transcrire ces résultats dans le dossier de la patiente afin que les sages-femmes puissent aisément y accéder en salle d'accouchement et prendre précisément connaissance d'une éventuelle consigne d'antibiothérapie. Néanmoins, dans l'hypothèse où le médecin manque à cette obligation de transcription au dossier médical, la jurisprudence retient que la sage-femme de garde est tout de même tenue de s'inquiéter de ces résultats¹⁹⁸.

Lorsqu'il existe des signes objectifs et convergents d'infection materno-fœtale tels qu'une fièvre à plus de 39°C sans syndrome grippal ou urinaire, une bradycardie fœtale anormale à 80

et une suspicion de fissuration de la poche des eaux (symptômes cliniques laissant suspecter l'existence d'une chorioamniotite, syndrome infectieux), la jurisprudence considère alors que la mauvaise interprétation de ces signes par l'équipe obstétricale est constitutive d'une erreur fautive de diagnostic de l'infection¹⁹⁹.

Lorsqu'il existe des facteurs de risque infectieux (ouverture prématurée du col, rupture prématurée des membranes, fièvre maternelle), la recherche de bactéries à risque infectieux materno-fœtal se justifie. Cette recherche s'effectue par un prélèvement vaginal.

Dans l'hypothèse particulière de rupture prématurée des membranes, plusieurs examens peuvent être réalisés afin de rechercher la présence de ces bactéries. Il s'agit principalement du prélèvement vaginal, de la ponction amniotique ou encore de l'hémoculture²⁰⁰.

Une fois le diagnostic posé, le médecin ayant suivi la grossesse répond d'un devoir d'information à l'égard de sa patiente. Il est tenu de l'informer de la nécessité d'une antibiothérapie au moment du travail en raison de la présence d'une infection et d'attirer son attention sur la dangerosité de celle-ci pour le bébé. La profession de la patiente, qui serait par exemple aide-soignante, ne le dispense pas d'une telle information²⁰¹.

Après l'accouchement, des examens complémentaires doivent être effectués chez les nouveau-nés à risque d'infections materno-fœtales. L'hémoculture est l'examen de référence recommandé pour établir le diagnostic d'une infection materno-fœtale chez l'enfant mais peuvent également être réalisés une ponction lombaire (lorsque l'enfant est né à partir de la 34^{ème} semaine d'aménorrhée) et des prélèvements bactériologiques²⁰².

195. ANAES, *Prévention anténatale du risque infectieux bactérien néonatal précoce – Recommandations*, Sept. 2001.

196. CA Aix-en-Provence, 10 septembre 2015, n° 2015/370.

197. Cass. 1^{ère} civ., 3 février 2016, n° 15-10.228.

198. CA Besançon, 6 juin 2017, n° 6/00642.

199. CAA Douai, 19 décembre 2017, n° 14DA02013.

200. ANAES, *Prévention anténatale du risque infectieux bactérien néonatal précoce – Recommandations*, Sept. 2001.

201. CA Besançon, 6 juin 2017, n° 6/00642.

202. SFN et SFP, *Prise en charge du nouveau-né à risque d'infection néonatale bactérienne précoce – Recommandations*, Sept. 2017.

- **Prise en charge**

La stratégie thérapeutique à adopter est celle du traitement antibiotique (antibiothérapie).

Il est admis qu'en cas de présence d'un Streptocoque B dans les voies vaginales de la parturiente, une antibiothérapie préventive doit être administrée durant le travail et non pendant l'accouchement. L'absence d'antibiothérapie maternelle prénatale constitue une faute susceptible d'engager la responsabilité du centre hospitalier²⁰³. Il est recommandé de débiter cette antibiothérapie le plus précocement possible au cours du travail. Elle consiste en l'utilisation soit de la pénicilline G aux doses de 5 millions d'UI puis 2,5 millions d'UI en intraveineuse toutes les 4 heures jusqu'à l'expulsion, soit de l'amoxicilline en intraveineuse aux doses de 2 grammes puis 1 gramme toutes les 4 heures²⁰⁴.

La méningite est une complication classique de l'infection materno-fœtale à Streptocoque B justifiant qu'une ponction lombaire soit pratiquée afin de s'assurer de l'absence de localisation méningée de l'infection. Lorsqu'une telle ponction lombaire est impossible en raison de l'état de l'enfant, il convient alors de mettre en place un traitement permettant de couvrir l'hypothèse d'une méningite (généralement doublement de la posologie antibiotique). En l'absence de cette ponction lombaire ou d'un substitut, le centre hospitalier commet une faute dans la prise en charge de l'enfant²⁰⁵.

Dès que les résultats des prélèvements et examens bactériologiques réalisés sur l'enfant après sa naissance révèlent que celui-ci est porteur d'un germe à la suite d'une infection materno-fœtale, le recours à une antibiothérapie doit se faire sans délai. A défaut, le retard dans la prise en charge thérapeutique de l'enfant est constitutif d'une faute médicale de nature à engager la responsabilité du centre hospitalier²⁰⁶.

L'arrêt de l'antibiothérapie doit être envisagée dès 48 heures après le début du traitement. A ce moment-là, la poursuite ou non du traitement repose sur la réévaluation de l'examen clinique, les résultats bactériologiques et biologiques. Si l'examen clinique est normal, l'hémoculture négative et la valeur de la CRP stable ou décroissante, alors l'arrêt de l'antibiothérapie est recommandé. Cet arrêt doit être accompagné d'une surveillance clinique pendant 24 à 48 heures supplémentaires à l'appréciation du médecin. *A contrario*, si l'antibiothérapie doit être poursuivie, alors elle doit être adaptée à la bactérie identifiée²⁰⁷.

Enfin, lorsque l'absence d'antibiothérapie est en adéquation avec les données acquises de la science, il ne peut pas être retenu de faute contre le centre hospitalier. En effet, la jurisprudence retient qu'en l'absence de tout symptôme et de tout signe anamnestique, biologique ou bactériologique permettant de suspecter une infection à l'issue des vingt-quatre premières heures de vie, il ne peut pas être soutenu que la prise en charge de l'enfant au sein de la maternité n'a été conforme aux règles de l'art²⁰⁸.

- **Régime d'indemnisation (faute, aléa, processus naturel, PDC, ...)**

Dans le cadre des infections materno-fœtales, la responsabilité du centre hospitalier est engagée pour faute. Dès lors, si cette infection ne pouvait être ni prévenue ni dépistée, la responsabilité du centre hospitalier ne peut pas être recherchée, et ce, ni au titre d'un défaut d'hygiène ou d'asepsie ni à celui d'une faute médicale ou dans l'organisation/fonctionnement du service²⁰⁹.

Néanmoins, en l'absence de faute, la jurisprudence administrative tend tout de même à permettre l'indemnisation des victimes par la solidarité nationale en considérant que lorsque l'infection initiale de la mère a été acquise à l'hôpital alors l'infection materno-fœtale qui en a

203. CAA Lyon, 13 juin 2019, n° 17LY02713.

204. ANAES, Prévention anténatale du risque infectieux bactérien néonatal précoce – Recommandations, Sept. 2001.

205. CA Aix-en-Provence, 10 septembre 2015, n° 2015/370.

206. CAA Douai, 14 avril 2015, n° 13DA01910.

207. SFN et SFP, Prise en charge du nouveau-né à risque d'infection néonatale bactérienne précoce – Recommandations, Sept. 2017.

208. CA Bordeaux, 15 février 2018, n° 16BX00124.

209. CAA Lyon, 12 mars 2015, n° 14LY03571.

suivi est de la nature des infections susceptibles, sous réserve de la condition relative à l'ampleur du dommage²¹⁰, d'ouvrir droit à réparation au titre de la solidarité nationale en application des dispositions de l'article L. 1142-1-1 du Code de la santé publique²¹¹.

L'infection materno-fœtale n'engage aucune responsabilité et ne donne pas lieu à indemnisation lorsque celle-ci est méconnue en raison d'un accouchement à domicile entraînant une absence de toute surveillance du travail pendant plusieurs heures²¹².

Une fois le droit à indemnisation établi, il reste que celle-ci se limite généralement à une perte de chance pour l'enfant. En effet, il est souvent difficile d'établir avec certitude, par exemple, qu'un traitement antibiotique chez la parturiente aurait évité les conséquences du syndrome inflammatoire fœtal sur le cerveau de l'enfant²¹³ ou plus largement sa contamination par le germe infectieux²¹⁴, qu'un traitement plus précoce de l'infection de l'enfant aurait permis une évolution favorable de son état de santé²¹⁵ ou encore qu'une prise en charge correcte de la mère et de l'enfant aurait empêché toute lésion consécutive à l'infection²¹⁶.

Néanmoins, dans certains cas, l'indemnisation ne se limite pas à la perte de chance. Il s'agit de l'hypothèse selon laquelle le préjudice est directement lié aux fautes commises c'est-à-dire que sans ces fautes la transmission materno-fœtale du germe n'aurait pas eu lieu et, a fortiori, ses conséquences non plus. En ce sens, dans un arrêt de 2017, la Cour d'appel de Besançon a retenu que si le protocole de la clinique avait été appliqué et l'antibioprophylaxie administrée, cela aurait évité l'infection materno-fœtale, et partant, il n'y a pas lieu de limiter l'indemnisation à une simple perte de chance²¹⁷.

En cas de décès de l'enfant, les médecins peuvent également engager leur responsabilité en matière pénale. Ils s'exposent alors à des condamnations pour homicide involontaire si la preuve d'une faute caractérisée et d'un lien de causalité est rapportée. Cette faute caractérisée est notamment retenue lorsque le comportement du médecin expose l'enfant à naître à un risque d'une particulière gravité qu'il ne pouvait ignorer²¹⁸.

210. Un taux d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique (AIPP) supérieur à 24% ; ou un arrêt temporaire des activités professionnelles (ATAP) pendant une durée au moins égale à 6 mois consécutifs ou à 6 mois non consécutifs sur une période de 12 mois ; ou des gênes temporaires constitutives d'un déficit fonctionnel temporaire (DFT) supérieur ou égal à un taux de 50% pendant une durée au moins égale à 6 mois non consécutifs sur une période de 12 mois ;

211. CE, 12 mars 2014, n° 359473.

212. CA Douai, 26 mars 2009, n° 08/03002.

213. CAA Lyon, 13 juin 2019, n° 17LY02713.

214. CA Aix-en-Provence, 10 septembre 2015, n° 2015/370.

215. CAA Douai, 14 avril 2015, n° 13DA01910.

216. Cass. 1^{ère} civ., 24 mai 2017, n° 16-13.513.

217. CA Besançon, 6 juin 2017, n° 6/00642.

218. Cass. Crim, 18 mai 2010, n° 09-84.433.

III. LES SUITES IMMEDIATES DE L'ACCOUCHEMENT

A. PRISE EN CHARGE DE LA MERE : HEMORRAGIE DE LA DELIVRANCE

1. Présentation de l'accident et ses conséquences

Quelle que soit la voie d'accouchement, l'hémorragie du post-partum (HPP), aussi appelée hémorragie de la délivrance, se définit par une perte sanguine de plus de 500 ml dans les 24 heures qui suivent la naissance²¹⁹. Elle est considérée comme sévère lorsqu'elle constitue une perte sanguine de plus de 1 000 ml.

L'étiologie principale de l'HPP évoquée dans la littérature est l'atonie utérine définie par un défaut de contractilité de l'utérus après la naissance et, de ce fait, l'impossibilité d'hémostase mécanique entraînant l'occlusion des artères utérines. La rétention placentaire est la seconde cause d'HPP et peut être distincte ou coexistante à une atonie utérine. En troisième cause apparaissent les plaies de la filière génitale comprenant les déchirures périnéales, vaginales ou cervicales et l'épisiotomie pour les accouchements par voie basse. Les autres étiologies, faiblement représentées englobent les anomalies d'insertions placentaires (prævia, accreta et percreta), les coagulopathies constitutionnelles ou acquises (embolie amniotique ou HELLP Syndrome), les Hématomes Rétro Placentaires (HRP) ou encore la rupture utérine²²⁰.

Bien que l'HPP concerne environ 5% des naissances et que la plupart sont bien tolérées, elle peut avoir de graves conséquences puisqu'elle reste, en France, la première cause de morbidité (anémie, transfusion sanguine, séjour en service de réanimation) et de mortalité maternelle²²¹, et

ce, alors que le Comité National d'Experts sur la Mortalité Maternelle (CNEMM) estime à 80% le taux de décès maternels jugés évitables en France²²². Ainsi, le volume de 500 ml doit rester le seuil à partir duquel une prise en charge active doit être déclenchée.

• Recommandations professionnelles

En matière d'HPP, la Haute Autorité de Santé a diffusé en novembre 2004 des recommandations pour la pratique clinique auxquelles il est important que le professionnel de santé se réfère. Ces recommandations ont été élaborées par le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français en partenariat avec l'ANAES. Elles concernent les facteurs de risques, les moyens de prévention et la prise en charge de l'HPP.

En 2014, le CNGOF est venu compléter et préciser cela en élaborant de nouvelles recommandations pour la pratique clinique. Elles permettent aux professionnels de santé de prendre une décision médicale en lui fournissant une synthèse du niveau de preuve scientifique existant.

• Prévention et facteurs de risques

Dans un souci de prévention des HPP, il est recommandé que tout établissement prenant en charge des accouchements, en plus de se doter d'un protocole régulièrement actualisé décrivant les modalités de prise en charge des HPP, organise les modalités d'approvisionnement et d'acheminement des produits sanguins labiles (PSL) de telle sorte que leur délai d'obtention soit inférieur à 30 minutes.

219. HAS, Recommandations pour la pratique clinique, Hémorragies du post-partum immédiat, Novembre 2004.

220. Dupont C, Rudigoz R-C, Cortet M, Touzet S, Colin C, Rabilloud M, et al. Incidence, étiologies et facteurs de risque de l'hémorragie du post-partum : étude en population dans 106 maternités françaises. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2014.

221. Saucedo M, Deneux-Tharoux C, Bouvier-Colle M.H, Ten years of confidential inquiries into maternal deaths in France, 1998–2007, Obstet Gynecol, 122 (2013).

222. Anon, Les morts maternelles en France : mieux comprendre pour mieux prévenir. Rapport du Comité national d'experts sur la mortalité maternelle (CNEMM) 2007–2009.

Les consultations prénatales et d'anesthésie permettent d'identifier le plus précocement possible les patientes à risque d'HPP et de planifier leur prise en charge. Ces facteurs de risques sont : les fibromes, les placentas prævia, les utérus cicatriciels, les antécédents d'hémorragie de la délivrance, le travail prolongé, l'hyperthermie maternelle, les causes de surdistension utérine (macrosomie, hydramnios, grossesse multiple), la grande multiparité²²³, une suspicion de placenta accreta ou encore des troubles sévères de l'hémostase. Un risque accru d'hémorragie existe aussi lorsque des manœuvres sont pratiquées telles que le recours à des forceps et la manœuvre de Jacquemier qui peuvent causer une hémorragie interne, grave pour la parturiente car elle demeure invisible.

Néanmoins, il est également possible qu'une HPP se déclenche chez des patientes qui ne présentaient aucun facteur de risque obstétrical avant le début du travail²²⁴. Il est donc important de réaliser, pendant les deux heures suivant l'accouchement, une surveillance régulière en salle de naissance sur l'importance des pertes sanguines, la qualité du globe utérin, la fréquence cardiaque et la mesure de la pression artérielle.

Dans la mesure où la patiente ne présente pas de risques accrus d'une HPP, comme, par exemple, l'absence d'antécédent cicatriciel lors de plusieurs accouchements précédents, le centre hospitalier n'est pas tenu à une obligation d'information spécifique sur la survenance de ce risque²²⁵.

• Diagnostic

Le diagnostic d'une HPP se fait après l'accouchement. La précocité de ce diagnostic est un élément essentiel pour une bonne prise en charge de l'HPP. La quantification peut éventuellement être facilitée par la mise en place d'un sac de recueil placé sous la patiente dès la fin de l'expulsion fœtale.

Une échographie pelvienne de contrôle doit être réalisée rapidement après l'accouchement afin d'identifier une éventuelle délivrance incomplète ou un placenta accreta. Cette échographie peut également éviter par la suite une situation d'urgence comme une hystérectomie de la patiente. A défaut, il est considéré que le chirurgien obstétrique ne fait pas preuve d'une démarche diagnostique et thérapeutique conforme aux règles de l'art en ce que le caractère tardif de l'échographie pelvienne constitue un retard de prise en charge²²⁶.

L'obstétricien et l'anesthésiste sont également tenus de monitorer la patiente afin de pouvoir identifier une HPP ou de ne pas la sous-estimer. Sur ce point, le TGI de Paris a pu considérer que cette absence de surveillance est contraire aux bonnes pratiques cliniques et qu'elle a, dans le cas d'espèce, empêché l'équipe médicale d'intervenir dès l'annonce des signes avant-coureur de l'arrêt cardio-respiratoire de la patiente²²⁷.

L'obstétricien doit être d'autant plus attentif lorsqu'il a connaissance d'antécédents hémorragiques chez la patiente afin d'éviter toute erreur de diagnostic. De même, cette situation obstétricale à haut risque empêche le médecin de quitter l'établissement de santé avant d'avoir le résultat de l'examen de sang ou alors il doit laisser des consignes particulières à la sage-femme²²⁸. Pour la Cour de cassation, il appartient au médecin prescripteur de s'enquérir des résultats d'examen²²⁹.

2. Prise en charge

La prise en charge de l'HPP peut se diviser en deux phases : la prise en charge initiale et la prise en charge en cas de complications.

• La prise en charge initiale

La notion d'HPP doit être immédiatement communiquée à tous les intervenants potentiels

223. CNGOF, Conférence nationale des PU-PH en Gynécologie-Obstétrique. : III. Hémorragie de la délivrance. In : Gynécologie Obstétrique. Issy-les-Moulineaux : Masson ; 2006.

224. HAS, Recommandations pour la pratique clinique, Hémorragies du post-partum immédiat, Novembre 2004.

225. CAA Marseille, 12 juillet 2018, n° 14MA04706.

226. CA Douai, 19 mars 2020, n° 19/01314.

227. TGI Paris, 3 décembre 2012, n°11/01957.

228. TGI Nanterre, 22 novembre 2007, n° 9911135002.

229. Cass. 1^{ère} civ., 3 février 2016, n° 15-10.228.

puisque la prise en charge optimale est multidisciplinaire et réalisée de manière conjointe et simultanée. Le facteur temps étant primordial, il est important de noter l'heure initiale du diagnostic de l'hémorragie, d'évaluer quantitativement les pertes sanguines, et de débiter un relevé chronologique des éléments de surveillance et de prise en charge sur une feuille spécifique.

L'équipe obstétricale doit commencer par rechercher la cause du saignement sans délai. Puis, elle doit *a minima* mettre en place une surveillance non invasive (pouls, scope, pression artérielle), vérifier qu'une voie veineuse fonctionnelle est en place, réaliser des prélèvements biologiques si absents au préalable (RAI, NFS, plaquettes, hémostasie), un remplissage vasculaire avec des cristalloïdes, une oxygénothérapie et lutter contre l'hypothermie. Une anesthésie adaptée à la pratique des gestes obstétricaux doit également être réalisée dans les conditions de sécurité optimale et dans de brefs délais.

Puis, deux hypothèses sont possibles : soit la délivrance a été effectuée et alors une révision utérine doit impérativement être pratiquée, soit la délivrance n'a pas été effectuée et alors une délivrance artificielle doit impérativement être pratiquée. Ces gestes devront être suivis d'un massage utérin.

Enfin, le traitement médical consiste en une injection de 5 à 10 UI d'ocytocine par voie intraveineuse lente ou intramusculaire suivie d'une perfusion d'entretien de 5 à 10 UI/h pendant 2 heures.

En cas d'hémorragie abondante, il faut d'emblée prévenir le site transfusionnel afin qu'il puisse gérer l'approvisionnement des divers produits sanguins labiles.

Une clinique possédant une maternité qui ne justifie ni d'un protocole de commande de sang en urgence vitale permettant d'obtenir des produits sanguins dans un délai de trente minutes, ni d'un dépôt de sang sur place avec des culots globu-

laire « O négatifs » verra sa responsabilité engagée pour mauvaise organisation du service²³⁰.

De plus, compte tenu de l'interdiction légale pour un établissement de santé de disposer lui-même d'une banque de produits sanguins, les équipes médicales doivent faire preuve d'une vigilance particulière sur les risques encourus par la patiente du fait de la persistance de son hémorragie, laquelle ne peut que se prolonger du délai nécessaire à l'acheminement de produits sanguins. Dès lors, le retard dans la décision de commander les produits sanguins en vue d'une transfusion constitue une faute de nature à engager la responsabilité de l'établissement de santé²³¹.

Enfin, il peut arriver que la patiente nécessitant cette transfusion sanguine la refuse. Dans ce cas, les conséquences de la perte de temps entraînée par ce refus ne résultent pas d'une faute de l'obstétricien²³².

• La prise en charge de l'HPP qui s'aggrave

Si l'HPP persiste au-delà des 15 à 30 minutes alors il convient de mettre en œuvre des actions de prise en charge complémentaires en choisissant d'autres stratégies thérapeutiques telles que l'embolisation ou la chirurgie. Si la stratégie appropriée n'est pas possible sur place, il faut envisager un transfert pour effectuer le geste d'hémostasie.

o Concernant d'abord le choix de la stratégie thérapeutique :

Ce choix se fait entre plusieurs méthodes invasives que sont l'embolisation artérielle et la chirurgie (ligatures vasculaires et hystérectomie d'hémostasie). Le choix entre ces deux solutions alternatives appartient à l'obstétricien et non par exemple, au radiologue réalisant l'embolisation²³³. Ce choix se fonde sur l'expérience du chirurgien, l'avis de l'anesthésiste et tient éventuellement compte des troubles de coagulation et d'urgence de la situation²³⁴. Parfois, ce choix

230. TGI Bobigny, 13 septembre 2012, n° 528/12.

231. CE, 14 janvier 2009, n° 297118.

232. CA Aix-en-Provence, 21 décembre 2006, n° 04/10962.

233. CA Versailles, 5 novembre 2015, n° 11/05688.

234. Avis CCI, 23 janvier 2014, n° 13-075-C-083267.

peut légitimement prendre un certain temps. A titre d'exemple, dans un arrêt du 5 novembre 2015, la Cour d'appel de Versailles a pu considérer que « les manœuvres de sauvetage (trois révisions utérines) préalablement et justement mises en œuvre avant que soit envisagée l'embolisation ont légitimement pris un certain temps, de sorte que le délai entre le déclenchement de l'hémorragie à 16h05 et l'embolisation pratiquée en moins de 30 mns entre 18h10 et 19h10 ne peut être considéré comme critiquable »²³⁵.

L'embolisation artérielle est réalisée dans une salle d'angiographie disposant d'un matériel de réanimation, sous la surveillance constante d'une équipe d'anesthésie-réanimation et d'obstétrique. La présence d'un gynécologue-obstétricien est recommandée afin de pouvoir effectuer dans les meilleurs délais un geste chirurgical d'hémostase en cas d'échec de la procédure ou d'apparition d'un état de choc hémorragique. Elle est recommandée en cas d'atonie utérine résistant aux utérotoniques en particulier après un accouchement par voie basse, d'hémorragie d'origine cervico-utérine (placenta recouvrant) ou encore de thrombus vaginal. Cette solution chirurgicale est moins mutilante chez la femme primipare.

La chirurgie nécessite le recours à une anesthésie générale, et ce, même si une analgésie péridurale est déjà en place. Dans un premier temps, si l'accouchement a eu lieu par césarienne ou si les conditions optimales de réalisation de l'embolisation ne sont pas réunies, il convient de privilégier les ligatures vasculaires, associées pour certains à un capitonnage des parois utérines. Ces ligatures peuvent être celles des artères utérines éventuellement associées à celles des ligaments ronds et des utéro-ovariens ou une ligature bilatérale des artères hypogastriques. Puis, dans un second temps, après l'échec de l'embolisation ou des ligatures vasculaires, l'hystérectomie d'hémostase doit être décidée. Elle peut cependant être réalisée d'emblée si la situation l'impose. Parfois, le choix de l'hystérectomie d'hémostase en première intention est inévitable. C'est le cas

notamment lorsque la patiente présente une importante hémorragie associée à un état de choc hémodynamique n'offrant pas d'autre choix pour lui sauver la vie que cette ablation de l'utérus²³⁶. Pareillement, l'hystérectomie ne doit en aucun cas être retardée par la tentative de prise en charge chirurgicale conservatrice si la patiente est hémodynamiquement instable²³⁷.

En dehors de certaines situations particulières telles qu'un placenta praevia accreta, une rupture complexe du segment inférieur ou encore une déchirure cervicale grave associée, l'hystérectomie d'hémostase est préférentiellement subtotale.

A la suite de cet acte invasif, qu'il s'agisse d'une embolisation ou d'une chirurgie, la surveillance de la patiente dans une structure adaptée de type réanimation, soins intensifs ou salle de surveillance post-interventionnelle est une mesure indispensable. Sur ce point, la Cour de cassation a pu juger que le fait de confier la surveillance d'une parturiente en SSPI à une élève infirmière (qui en l'espèce avait trop tardé à appeler le praticien concerné) révélait un dysfonctionnement dans l'organisation de l'établissement²³⁸.

o Concernant ensuite la décision et l'organisation d'un transfert :

Ce transfert se fait par un transport médicalisé vers une structure d'accueil choisie en fonction du plateau technique, des possibilités d'hospitalisation sur place et du facteur temps. Dès que la décision de ce transfert est prise, il est important de communiquer au service d'accueil les documents immuno-hématologiques afin d'anticiper l'obtention des produits sanguins. Pendant le transfert, les gestes endo-utérins ne sont pas réalisables. Enfin, un état hémodynamique instable contre-indique le transport vers une autre structure et conduit à une chirurgie d'hémostase sur place.

235. CA Versailles, 5 novembre 2015, n° 11/05688.

236. CAA Versailles, 1^{er} décembre 2021, n° 18VE01398.

237. CA Paris, 12 décembre 2014, n° 13/08323.

238. Cass. Crim, 16 décembre 2014, n° 13-87330.

3. Régime d'indemnisation (faute, aléa, processus naturel, PDC, ...)

En matière d'HPP, trois cas de figure sont envisageables : la faute, l'aléa thérapeutique et l'évènement naturel.

Le plus souvent, la responsabilité du professionnel de santé est engagée pour faute lorsqu'il commet une erreur ou un retard de diagnostic. C'est également le cas dans les hypothèses de mauvaise coordination entre les praticiens, de non-respect des règles de l'art ou de mauvaise surveillance de la patiente. Il revient à la victime de prouver que ses dommages sont imputables à un acte de soins. La seule circonstance que le soin de la délivrance, dont il n'est pas contesté qu'il a été réalisé dans les règles de l'art, n'ait pas permis par exemple d'empêcher la persistance d'une rétention placentaire, ne suffit pas à démontrer qu'il serait à l'origine d'une rétention placentaire et de l'hémorragie en ayant résulté²³⁹. Le comportement fautif du professionnel de santé est susceptible d'engager sa responsabilité civile, pénale, voire disciplinaire selon les cas. En matière pénale, la responsabilité est généralement engagée pour négligence et homicide involontaire²⁴⁰. En matière disciplinaire, le CNOM a par exemple pu imposer des sanctions disciplinaires (comme l'interdiction d'exercice de la médecine pendant trois ans) à un chirurgien-obstétricien ayant eu un comportement fautif en ce qu'il n'a pas effectué les actes indispensables pour faire face à une HPP après l'accouchement et qu'il a tardé à revenir à la clinique alors qu'il était informé de la gravité et de l'urgence de la situation de sa patiente²⁴¹.

La responsabilité de l'établissement de santé peut aussi être engagée pour faute en cas de mauvaise organisation en matière de continuité des soins, de gestion des urgences et de maîtrise des obligations du personnel médical. En matière pénale, il doit être recherché par quel organe ou représentant le délit reproché à l'établissement avait été commis pour son compte²⁴².

Généralement, ces fautes sont uniquement à l'origine d'une perte de chance d'éviter les conséquences de l'hémorragie.

Une HPP peut aussi se produire alors même que les praticiens ont mené l'intervention suivant une technique classique et éprouvée avec les précautions habituelles sans commettre d'erreur, d'imprudence, de négligence ou autre défaillance fautive. Dès lors, cette hémorragie caractérise un risque totalement inattendu et relève à ce titre de l'aléa thérapeutique. Dans ce cas, la solidarité nationale peut indemniser la victime si les conditions de l'article L. 1142-1 II du Code de la santé publique sont remplies c'est-à-dire si l'hémorragie est imputable à l'acte de soin qu'est la césarienne et qu'elle a entraîné un dommage d'une certaine gravité présentant une faible probabilité (ce dommage étant alors une conséquence anormale de la complication de l'intervention au regard de l'état de la patiente)²⁴³.

A contrario, il est considéré que les conditions d'indemnisation par la solidarité nationale ne sont pas remplies lorsque le dommage, conséquence de la thérapeutique chirurgicale, est une conséquence prévisible, non aléatoire, liée à l'état antérieur (comme un utérus cicatriciel résultant de deux accouchements par césarienne)²⁴⁴.

B. PRISE EN CHARGE PEDIATRIQUE : QUESTION DU TRANSFERT DE L'ENFANT – REANIMATION NEONATOLOGIE

1. Présentation

Les modifications physiologiques accompagnant la naissance révèlent parfois des pathologies fœtales qui ne posaient aucun problème au cours de la vie intra-utérine. Ainsi, il est nécessaire qu'une personne qualifiée en réanimation néonatale soit présente lors de chaque naissance. Depuis ces trente dernières années, fortes de progrès dans le suivi de grossesse et les soins aux

239. CAA Bordeaux, 17 novembre 2020, n° 20BX02427.

240. TGI Nanterre, 22 novembre 2007, n° 9911135002 ; Cass. Crim, 21 octobre 2014, n° 13-86.057 ; Cass. Crim, 22 mai 2013, n° 12-82.734.

241. CNOM, chambre disciplinaire nationale, 21 septembre 2015, n° 12315.

242. Cass. Crim, 16 décembre 2014, n° 13-87.330.

243. Avis CCI, 10 janvier 2018, n° 17-075-C-112905.

244. Avis CCI, 23 janvier 2014, n° 13-075-C-083267.

nouveau-nés, leur prise en charge à la naissance a été significativement améliorée, permettant d'atteindre aujourd'hui des taux de survie sans séquelle majeure important. L'âge gestationnel et les paramètres de croissance permettent, en amont, d'identifier le risque de pathologie néonatale, permettant une anticipation. En effet, bien qu'environ 10% des nouveau-nés nécessitent une assistance respiratoire à la naissance, moins de 1% ont besoin d'une réanimation complexe. Par ailleurs, la nécessité d'une réanimation augmente de façon importante si le poids de naissance du nouveau-né est inférieur à 1500 grammes.

La réanimation néonatale va avoir pour objectif d'assurer une ventilation efficace, de maintenir une fréquence cardiaque supérieure à 100 bpm et de lutter contre une acidose métabolique. Elle est composée de différentes phases que sont la Phase A-irway (stimulation, réchauffement), la phase B-reathing (Ventilation en pression positive), la phase C-circulation (compressions thoracique), et enfin la phase D(rugs) (Administration médicamenteuse). Les manœuvres de réanimation doivent cesser au-delà de ces différentes phases de tentative de réanimation.

• Facteurs de risques

Il existe de nombreux facteurs de risque périnatal qui augmentent la probabilité d'une nécessité de réanimation. On peut énoncer trois types de facteurs de risques, dont l'origine se trouve chez la mère, chez le fœtus, ou lié au travail en lui-même. Ainsi, l'âge de la mère, l'existence d'un diabète gestationnel, des antécédents de MFIU ou mort néonatale, la toxicomanie ou des traitements maternels de bêta bloquant ou sulfate de magnésium peuvent jouer un rôle dans la survenance d'une nécessité de réanimation. Concernant le nouveau-né, sa prématurité en dessous de 35 SA ou sa post-maturité au-delà de 42 SA augmente de manière significative le risque d'un recours à la réanimation néonatale. Enfin, le recours à des instruments au moment de l'extraction, la césarienne, ou un travail trop rapide, ou à l'inverse trop long, favorisent la nécessité de recours à la réanimation chez le nouveau-né.

• Recommandations

Selon la Haute Autorité de Santé²⁴⁵, il est recommandé d'évaluer à la naissance la respiration ou le cri, et le tonus du nouveau-né afin de déterminer rapidement si des manœuvres de réanimation sont nécessaires. Si les paramètres observés ne sont pas satisfaisants (absence de respiration, faible cri et tonicité anormale), les manœuvres de réanimation doivent alors être entreprises sans délai.

Dans tous les cas, il est recommandé que la mère et son nouveau-né soient observés et suivis attentivement pendant les deux premières heures qui suivent la naissance : cette surveillance, au minimum toutes les 15 minutes la première heure, est consignée par écrit par le soignant qui l'a effectuée.

• Diagnostic

Dans un premier temps, l'évaluation de l'enfant repose sur la règle dite des trois C : cri, cœur et couleur. Cependant, la coloration n'est plus retenue par l'International Liaison Committee on resuscitation (ILCOR) ni par l'European Resuscitation Council (ERC) comme critère d'évaluation de l'efficacité de la réanimation.

La respiration du nouveau-né est appréciée par la présence ou non de mouvements du thorax, leur fréquence, amplitude et régularité, ainsi que la symétrie de l'expansion thoracique. La respiration irrégulière de l'enfant, gasps et apnées, montrent une ventilation inefficace de la part du nourrisson. Après les efforts respiratoires initiaux, l'enfant doit établir une respiration régulière afin d'obtenir une fréquence cardiaque supérieure à 100 battements par minutes (bpm). L'évaluation de la fréquence cardiaque doit se faire plutôt par l'oscultation du cœur plutôt que par la palpation de la base du cordon.

Le score d'Apgar peut aussi être utilisé pour décrire l'état cardiorespiratoire du nouveau-né à la naissance : il est un bon moyen d'apprécier l'état de l'enfant à 1 minute, 5 minutes et 10 minutes de vie. Il ne peut cependant pas être utilisé pour

245. Accueil du nouveau-né en salle de naissance – Recommandations de bonne pratique - HAS.

guider la réanimation ou le traitement ultérieur. En effet, un mauvais score d'Apgar (bas) est un signe clinique et non un diagnostic. Le score d'Apgar dépend de 5 critères mesurant l'état vital du nourrisson : aspect, pouls, grimace, activité et respiration, et chacun des critères peut se voir attribuer de 0 à 2 points. Un score de 7 à 10 à 5 min est considéré comme normal ; 4 à 6, comme intermédiaire ; et 0 à 3, score bas.

La saturation en oxygène par oxymétrie pulsée (SpO₂) est un paramètre important, mis en avant notamment dans les recommandations de 2010. Elle permet d'adapter la concentration d'oxygène aux besoins réels de l'enfant.

2. Survenue de la nécessité de réanimation en néonatalogie

• Prise en charge normale

Le succès d'une réanimation dépend de la présence d'un personnel formé et entraîné, ainsi qu'un matériel adapté, telle qu'une table de réanimation prête à l'emploi, chaude et avec source de lumière. La réanimation est un travail d'équipe qui nécessite la présence d'au moins deux personnes pour pouvoir assurer les gestes techniques dans de bonnes conditions. La majorité des réanimations sont prévisibles et permet ainsi une orientation anténatale vers un niveau de soins adapté ainsi que la présence d'un pédiatre pour la prise en charge de l'enfant en difficulté. La sage-femme est en première ligne dans la réanimation néonatale. Bien qu'elle soit autorisée à pratiquer la réanimation, son implication dans cette prise en charge reste fortement influencée par la présence du pédiatre lorsque celui-ci est présent. Elle est toutefois amenée à débiter les gestes de réanimation dans 20 à 40% des cas²⁴⁶.

• Obligation d'information du médecin

Le professionnel de santé en charge du suivi de grossesse ou de l'accouchement a l'obligation d'informer la mère en cours de grossesse ou au cours de la période anténatale lorsque le risque d'accouchement prématuré est suffisamment

élevé. La décision médicale de réanimation néonatale doit être fondée sur un ensemble d'éléments médicaux et non médicaux parmi lesquels l'avis exprimé par les parents revêt une importance particulière²⁴⁷.

« 22. les risques élevés de mortalité et de morbidité pour les enfants nés prématurés ne constituent pas l'unique critère permettant d'apprécier si une réanimation néonatale revêt ou non le caractère d'une obstination déraisonnable. Le médecin en charge doit se fonder sur un ensemble d'éléments, médicaux et non médicaux, dont le poids respectif ne peut être prédéterminé et qui dépend des circonstances particulières à chaque naissance, le conduisant à appréhender chaque situation dans sa singularité. L'appréciation par le médecin du contexte parental, permettant d'évaluer la capacité du couple à supporter et à gérer une situation aiguë ou chronique, et la volonté exprimée par les parents, ainsi qu'il ressort d'ailleurs du protocole établi par l'hôpital Nord, revêtent une importance toute particulière ».

Pour retenir une faute relevant de l'équipe médicale de nature à engager la responsabilité de l'hôpital, la Cour administrative d'appel ajoute qu'« en se fondant sur le risque élevé de morbidité pour s'abstenir de procéder à une réanimation néonatale des deuxième et troisième triplées, sans avoir informé la patiente dans les conditions vues au point 19, ni s'être attachée à prendre en compte le contexte parental, alors qu'il lui appartenait, ainsi que le rappelle l'article R. 4127-42 du Code de la santé publique, de s'efforcer de parvenir si possible au cours de la période anténatale à un accord avec les parents concernant la décision à prendre, et que M. et Mme H..., dont la position concernant ces deux enfants ne peut être préjugée au regard de la décision qu'ils ont acceptée concernant la première, avaient manifesté tout au long de la journée du 21 juin 2010 leur attachement à ce que des soins de réanimation soient procurés aux enfants à naître et avaient exprimé leur volonté, dans le contexte propre à ce couple, d'accueillir un enfant susceptible de décéder rapidement malgré les soins procurés ou de rester gravement handicapé ».

246. Clavier J. Sage-femme et réanimation du nouveau-né : de la formation pratique au maintien des compétences. La revue sage-femme 2005 ; 4 :203-208.

247. CAA Marseille, 28 février 2019, n° 17MA01092.

En l'espèce, le risque d'un accouchement prématuré était très élevé et justifiait d'évoquer cette éventualité avec la mère, l'informer des conséquences et des conditions de prise en charge à la naissance. Le centre hospitalier a donc vu sa responsabilité engagée pour défaut d'information.

- Difficultés de la réanimation néonatale

- o Retard dans la prise en charge

La réanimation néonatale doit intervenir rapidement à la suite de l'extraction de l'enfant. Dès lors, le suivi du rythme cardiaque fœtal doit être maintenu à la suite de la manœuvre d'extraction fœtale. En cas d'interruption trop tôt, il a pu être retenu que cela avait fait « *perdre des chances de mettre en évidence une détresse fœtale* » et engage ainsi la responsabilité du centre hospitalier²⁴⁸.

Dans le cadre d'un accouchement prématuré, et de surcroît de jumeaux, il est établi que le risque de réanimation néonatale est aggravé, et doit donc être anticipé. Engage ainsi sa responsabilité le centre hospitalier qui n'admet pas la parturiente à risque au sein de son service de néonatalogie en l'orientant vers un autre centre hospitalier, ne disposant, de surcroît, pas de service spécialisé en réanimation néonatalogique. Les dommages survenus aux deux enfants, dans les minutes qui ont suivi leur naissance dans ce dernier hôpital auraient pu être évités par une prise en charge immédiate des nouveau-nés par des spécialistes en néonatalogie. Or, le second établissement, qui n'avait pas de service de néonatalogie, ne disposait pas davantage de spécialistes en réanimation néonatale. En l'espèce, il est reconnu par le Conseil d'Etat que l'établissement hospitalier « *en n'admettant pas, le cas échéant en surnombre, Mme X... à l'hôpital... ou, à défaut, en n'affectant pas à l'accouchement dans un autre hôpital des spécialistes en réanimation néonatale, ont commis une faute dans l'organisation et le fonctionnement du service de nature à engager leur responsabilité, alors même*

que l'hôpital de la Croix-Rousse aurait utilisé au mieux les moyens humains et matériels dont il disposait »²⁴⁹.

A aussi pu être retenue la responsabilité pour faute du pédiatre qui a ordonné trop tardivement le transfert du nouveau-né en souffrances fœtales dans un service spécialisé. Le médecin pédiatre a fait perdre au nouveau-né la chance de bénéficier d'un traitement²⁵⁰.

Le pédiatre a ainsi un rôle essentiel dans le diagnostic des souffrances fœtales, notamment lorsque celles-ci n'ont pas été repérées au cours de l'accouchement. Le transfert de l'enfant rapide vers une unité spécialisée par le pédiatre peut permettre la mise en place d'un protocole d'hypothermie : « *l'indication de thérapeutique ciblée par hypothermie contrôlée à visée neuroprotectrice en raison des éléments cliniques et biologiques objectivés, et que la décision de transfert en service de réanimation néonatale, prise douze heures et trente minutes environ après la naissance, est intervenue à bon escient et sans retard compte tenu de l'évolution clinique présentée et des soins délivrés jusque-là* »²⁵¹.

La responsabilité d'un pédiatre a pu être retenue pour un retard de diagnostic d'hypoglycémie profonde chez un nouveau-né atteint d'une maladie héréditaire métabolique et qui restera atteint d'un encéphalopathie séquellaire majeure. Selon le jugement, la réparation est intégrale car « *avant la survenue de son hypoglycémie néonatale, l'étude du dossier médical et les constatations établies pendant ses premières heures de vie ne permettent pas de déterminer l'existence d'un état antérieur pathologique* »²⁵².

Dans une affaire de retard de diagnostic de phlébite cérébrale en suites de couches, la Cour de cassation²⁵³ a estimé que l'anesthésiste qui a prescrit un neuroleptique pour soulager la parturiente de céphalées, devait « *s'informer de l'effet de ce traitement, notamment aux fins de déter-*

248. CE, 25 mai 2018, n° 410142.

249. CE, 16 juin 2000, n° 196255.

250. Cass. 1^{ère} civ., 30 octobre 1995, n° 93-20.544.

251. CAA Lyon, 3 octobre 2019, n° 18LY04613.

252. TJ Paris, 12 avril 2021, n° 14/12584 (appel en cours).

253. Cass. 1^{ère} civ., 6 mai 2013, n° 12-21.338.

miner, en collaboration avec le gynécologue-obstétricien, si ces troubles étaient en lien avec l'anesthésie ou avec l'accouchement ».

En tout état de cause, le délai de prise en charge et l'admission en unité de réanimation si besoin doit intervenir dans un délai raisonnable. Il importe alors que l'ensemble des relevés des fonctions vitales de l'enfant soit inscrit au dossier médical de ce dernier. En effet, l'absence de traçabilité et de compte rendu écrit ne permet pas d'apprécier la qualité de la prise en charge du nouveau-né. Or, cela importe notamment lorsqu'un écart chronologique est à reprocher au centre hospitalier, et à l'origine d'une perte de chance pour l'enfant²⁵⁴.

3. Régime d'indemnisation

Le retard dans la prise en charge du nouveau-né nécessitant une réanimation immédiate est à l'origine d'une perte de chance pour l'enfant de vivre ou d'éviter les séquelles qu'il subit. Dès lors, l'indemnisation de la victime doit se faire selon le taux de perte de chance retenu par le juge.

- L'infection nosocomiale survenue en service de réanimation

CAA Paris, 27 février 2017, n° 16PA00494, Inédit au recueil Lebon.

En l'espèce, un enfant a contracté une infection nosocomiale dans le service de réanimation où il avait été placé à la suite d'une faute commise par l'hôpital dans la prise en charge initiale de l'enfant.

Les juges ont pu retenir que les fautes de l'hôpital dans la prise en charge initiale de l'enfant « ont conduit à ce que l'enfant Z... soit placé dans un état particulièrement grave et critique en réanimation (...) et qu'il se trouve, de fait, exposé à un risque très élevé d'infection nosocomiale ». Elle a alors estimé « que dans les circonstances particulières de l'espèce, la perte de chance d'éviter un transfert en réanimation et partant, une évolution fatale de l'état de santé du nouveau-né, peut être évaluée à 50 % ».

Ainsi, la perte de chance d'éviter le décès du nouveau-né était, selon les juges, en lien direct avec la faute commise par le centre hospitalier, qui avait commis une erreur de diagnostic. Selon la Cour, c'est bien l'infection nosocomiale qui constitue la cause immédiate du décès, mais, sans la faute de l'équipe médicale, il est très improbable que le dommage serait survenu.

Cette jurisprudence semble indiquer que lorsqu'une faute médicale n'entraîne pas directement un dommage mais expose à un risque, l'auteur de la faute doit supporter l'ensemble des conséquences dommageables qui présentent un lien suffisamment direct avec la faute, sans qu'il y ait lieu de prendre en compte la probabilité des aléas postérieurs.

- L'acharnement thérapeutique

La réanimation du nouveau-né doit intervenir le plus rapidement possible, mais dans une certaine limite, celle du raisonnable. En effet, il a été évalué par l'ILCOR²⁵⁵ dans un document intitulé « *Prise en charge et réanimation du nouveau-né en salle de naissance* » adressé aux professionnels de la naissance et daté de septembre 2001 et par les recommandations de la Fédération nationale des pédiatres néonatalogistes dans un document intitulé « *Dilemmes éthiques de la période périnatale – Recommandations de bonnes pratiques pour l'abstention, la limitation, l'arrêt des traitements et l'arrêt de vie – (FNPN) – Novembre 2000* » qu'il est raisonnable d'envisager, dans la situation d'une naissance en état de mort apparente, d'arrêter au bout de 15 à 20 minutes les manœuvres de réanimation immédiatement mises en œuvre et bien conduites qui n'ont pas permis de récupération cardiaque stable. Cette durée indicative de réanimation d'attente de 15 à 20 minutes doit être mise en rapport avec la difficile évaluation médicale de la chance de survie et de l'étendue des séquelles prévisibles de l'enfant.

En effet, l'acharnement thérapeutique n'est pas sans conséquence pour l'enfant. Dans son avis n° 65 du 14 septembre 2000 intitulé « *Réflexions éthiques autour de la pratique néonatale* », le

254. CA Lyon, 1^{er} mars 2018, n° 13/08721

255. ILCOR (International liaison committee on resuscitation) : Comité de liaison international sur la réanimation.

Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé définit l'acharnement thérapeutique comme : « *Une obstination déraisonnable refusant par un raisonnement buté de reconnaître qu'un homme ou un nouveau-né est voué à la mort et qu'il n'est pas curable* ». Encore, il est précisé que : « *Lorsque, à la naissance, les possibilités de survie sans séquelles sont nulles ou faibles, la mise en route d'une réanimation systématique, dite réanimation d'attente, amène à poser la question de l'acharnement thérapeutique. En ce sens, la réanimation d'attente n'est justifiée que si les possibilités de survie ne sont pas nulles ; malheureusement, celles-ci ne peuvent encore être exactement appréciées au moment où est mise en œuvre cette réanimation. La réanimation d'attente est légitime si elle sait mettre un terme à l'obstination thérapeutique avant qu'elle ne devienne un acharnement. Dans cette situation l'arrêt de la réanimation est ici assimilé à l'arrêt de l'acharnement thérapeutique* ». Ainsi, le Comité préconise la mise en place d'une politique de prévention et de recherche visant à réduire le nombre de détresses vitales à la naissance, le refus de tout acharnement thérapeutique de la part des médecins et la nécessité de recueillir préalablement le consentement libre et éclairé des parents.

Ainsi, l'acharnement thérapeutique peut engager la responsabilité de l'hôpital. Il a pu être retenu que « *si les médecins ont entrepris à juste titre une réanimation dès la naissance de l'enfant, qui se présentait alors en état de mort apparente, ils ne pouvaient toutefois ignorer les séquelles résultant pour cet enfant de l'anoxie cérébrale de plus d'une demi-heure antérieure à sa naissance et de l'absence d'oxygénation tout au long de cette réanimation et qu'en pratiquant une réanimation « de plus de 20 minutes » sans prendre en compte les conséquences néfastes hautement prévisibles pour l'enfant, les médecins avaient montré une obstination déraisonnable au sens de l'article 37 du code de déontologie médicale et constitutive d'une faute médicale de nature à engager la responsabilité du centre hospitalier* »²⁵⁶.

A titre d'illustration, citons le jugement du tribunal administratif de Nîmes : TA Nîmes, 2 juin 2009, n° 0622251

En l'espèce, les praticiens ont entrepris une réanimation de l'enfant né en état de mort apparente, caractérisée par l'absence d'activité cardiaque spontanée, d'activité respiratoire et par la lividité du corps. Après vingt minutes de réanimation alors qu'aucune amélioration n'était visible, l'un des praticiens est allé prévenir les parents de l'absence de résultat, alors que la réanimation du nouveau-né était néanmoins poursuivie par son collègue en salle de travail. Les signes vitaux de l'enfant étaient réapparus : échange gazeux normaux, mouvement respiratoires spontanés ; et l'enfant a pu être transféré au service de réanimation néonatale. Les parents sont alors informés du risque de séquelles neurologiques. Il a été reproché aux médecins d'avoir poursuivi la réanimation du nouveau-né au-delà de vingt minutes alors qu'ils ne pouvaient ignorer les séquelles irréversibles dont pourrait être atteint leur enfant.

Le Tribunal administratif de Nîmes a alors jugé que les professionnels de santé avaient fait preuve d'une obstination déraisonnable dans la mise en œuvre des obligations professionnelles que le code de déontologie médicale met à leur charge, constituant alors une faute médicale.

Pourtant les décisions des juges ne vont pas toujours dans le sens d'une obstination déraisonnable, rejetant la demande des parents au motif qu'il ne résultait pas de l'instruction que « *les soins de réanimation pratiqués n'aient pas été nécessaires ou utiles, ou qu'ils aient été disproportionnés au regard de la nécessité d'assurer la survie de l'enfant* »²⁵⁷.

L'acharnement thérapeutique, lorsqu'il est retenu, est constitutif d'une faute de la part du professionnel de santé. Ce dernier se voit ainsi condamné à la réparation de l'ensemble des conséquences produites.

256. CAA Marseille, 12 mars 2015, n° 10MA03054.

257. TA Paris, 8 février 2008, Mme X, n° 0422986/6.

CONCLUSION

Il ressort de l'étude menée à travers cette brochure que le domaine obstétrical fait l'objet d'un contentieux important en matière de responsabilité médicale. Une vigilance accrue est de rigueur à tous les stades de la grossesse dès la conception jusqu'au retour à domicile post partum.

Si ces dernières années ont été marquées par de nombreux progrès en matière de gynécologie et d'obstétrique, l'envie de plus en plus grandissante pour les parturientes de mener une grossesse la moins médicalisée possible, conduit au développement de nouvelles structures d'accueil telles que les maisons de naissance, ou encore à l'accouchement programmé et accompagné à domicile. Les conséquences de l'apparition de ces nouvelles aspirations font naître de nouveaux risques et donc de nouvelles responsabilités envers des professionnels de santé dont on exige une certaine exemplarité.

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier les membres de la COREME qui nous ont aidés dans la rédaction de cette brochure : Mmes Pelin Debrinay Erhan, Elsa Gozlan, Virginie Le Dizes-Lesage, Elisabeth Mayer, Karolina Muszynski, Anne-Marie Papeix, Frédérique Pottier, Brigitte Roose, Delphine Touati, MM. Patrick Flavin, William Foule, Emmanuel Poirier, Bertrand Rondepierre, Stéphane Thelliez.

Mme Isabelle Bessières-Roques, Délégué Général de l'AREDOC, Mme Elodie Zerbib, Mme Sarah Boussa et Mme Nina Millet, se chargeant en outre de coordonner la réflexion.

BIBLIOGRAPHIE

- SOUTOUL J.H. et FROGE E. (Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français), « *La responsabilité médico-légale en gynécologie-obstétrique* », 1 vol. 276 p., Paris 1982, Vigot éd.
- SOUTOUL J.H. et RENAUD M., « *Le médecin généraliste devant les pièges médico-légaux en gynécologie- obstétrique* », Concours médical, 1985, 107-2, 99-105.
- THEISSEN A., FUZ F., CARBONNE B., BONNET L., ROUQUETTE-VINCENTI I., NICCOLAI P. et RAUCOULES-AIME M., « *Sinistralité en obstétrique dans les hôpitaux publics français : données Sham* », J. gynécol. obst. et reprod., 2016, 45-1, 54-61 (biblio.).
- KNISPEL N., « *Dystocie des épaules à l'accouchement et fautes des établissements* », LEH édition, Revue droit & santé n° 64, p. 63-64.
- ARIES S., « *Responsabilité en gynéco-obstétrique* », Chronique d'actualité, Elsevier Masson, Droit Déontologie & Soins, 2021, 463-470.
- METTETAL A. et SAUTEL O., « *Pré-éclampsie et hématome rétro-placentaire lors d'un accouchement* », Revue droit et santé n° 4, Droit pénal de la santé, p.121.
- C. LANGLOIS, « *Transfusion en obstétrique : le point de vue de l'anesthésiste en salle de naissance* », Transfusion clinique et biologique, Volume 26, n° 3.
- B. SEGUY, C. AMIEL-TISON, S. BOUVET, F. LEBRUN, C. RACINET, G. VIGUIER, « *Prévenir le risque juridique en obstétrique. Cas réels. Bonnes pratiques* », 1 vol. 305 p., Paris 2006, Collection de Périnatalité, Masson éd.
- DELEBECQ J., DURAES M., MANDOUL C., RATHAT G., TAOUREL P. et MILLET I., « *Complications post-opératoires du quotidien en gynécologie et obstétrique* », Imagerie de la Femme, 2020, 30-1, 1-12 (biblio.).
- THEISSEN A., FUZ F., CARBONNE B., BONNET L., ROUQUETTE-VINCENTI I., NICCOLAI P. et RAUCOULES-AIME M., « *Sinistralité en obstétrique dans les hôpitaux publics français : données Sham* », J. gynécol. obst. et reprod., 2016, 45-1, 54-61 (biblio.).
- VERCAUTEREN M., « *Consentement éclairé en obstétrique : peut-on tout dire ?* », Le praticien en anesth. réanim., 2010, 14, 192-195 (biblio.).
- Les sites internet :
 - o www.ordre-sages-femmes.fr
 - o www.has-sante.fr
 - o <http://www.cngof.fr> (Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français)

