

RESPONSABILITE MEDICALE ET PARALYSIE OBSTETRICALE DU PLEXUS BRACHIAL

MEDICAL LIABILITY AND OBSTETRIC BRACHIAL PLEXUS PARALYSIS

S. KAMOUN ^{1,*} ; M. JEDIDI ² ET T. MASMOUDI ²

1 : Direction de l'inspection médicale et juxta-médicale. Ministère de la santé- Tunisie.

2 : Service de médecine légale-CHU Farhat Hached -Tunisie.

*E-mail de l'auteur correspondant : kamounsony@hotmail.com

Résumé

Le risque médico-légal, jadis pratiquement absent des préoccupations professionnelles, fait désormais partie intégrante de nos jours de la pratique médicale, tout particulièrement en obstétrique. En contentieux obstétrical, les plaintes pour atteinte plexique avec ou sans dystocie des épaules demeurent le dossier le plus fréquemment rencontré. Dans ce cadre, nous avons réalisé une étude de six affaires en responsabilité médicale impliquant la paralysie obstétricale du plexus brachial, au service de médecine légale de Sousse. A partir des faits, des constatations des médecins experts et des décisions judiciaires rendues, nous avons soulevé les principaux problèmes médico-légaux rencontrés au cours des lésions obstétricales du plexus brachial. Toutes ces affaires étaient pénales et cette voie n'a prononcé de condamnation que dans un seul dossier. Nous avons analysé les situations à risque médico-légal dans cette discipline, avec une orientation préventive permettant de renforcer la sécurité de la femme et de son enfant, mais aussi la protection du praticien.

Mots-clés : Médecine légale ; Responsabilité médicale ; Gynécologie obstétrique.

Abstract

Medico-legal risk, once practically absent from professional concerns, is now an integral part of medical practice, especially in obstetrics. In obstetrical litigation, complaints for plexus involvement with or without shoulder dystocia are mainly the most frequently encountered cases. In this context, we carried out a study of six medical liability cases involving obstetric brachial plexus at the forensic service in Sousse. Based on the findings of medical experts and the judicial decisions rendered, we have raised the main medico-legal problems encountered during obstetric lesions of the brachial plexus. All of these cases were criminal and this route resulted in only one conviction. We have analyzed the medico-legal risk situations in this discipline, with a preventive orientation reinforcing the safety of the woman and her child, but also the protection of the practitioner.

Key – words : Forensic medicine; Medical responsibility; Obstetrics gynecology

ملخص

أصبحت المخاطر الطبية والقانونية، التي كانت غائبة عملياً عن الاهتمامات المهنية، الآن جزءاً لا يتجزأ من الممارسة الطبية، لا سيما في القضاء، تظل الشكاوى المتعلقة بعسر ولادة الكتف هي الحالة الأكثر شيوعاً. وفي هذا السياق، أجرينا دراسة لستة حالات مسؤولية طبية تتعلق بشلل العضدية الناجم عن التوليد بقسم الطب الشرعي بسوسة. وبناءً على الحقائق ونتائج الخبراء الطبيين والقرارات القضائية الصادرة، قمنا بإثارة المشاكل الطبية والقانونية الرئيسية التي واجهناها أثناء التوليد حول خطر الإصابة للعضدية. كل هذه القضايا كانت جزائية وأسفر هذا البحث عن إدانة واحدة فقط. كما قمنا بتحليل مواقف المخاطر الطبية والقانونية في هذا التخصص، مع توجيهه وقائي يسمح بتعزيز سلامة المرأة وطفلها، وكذلك حماية الممارس أو المزاويل في طب النساء و التوليد.

الكلمات المفتاحية: إصابة العضدية العنقية; الطب الشرعي; المسؤولية الطبية ; طب النساء و التوليد

INTRODUCTION

Le risque médico-légal, jadis pratiquement absent des préoccupations professionnelles, fait désormais partie intégrante de nos jours de la pratique médicale, tout particulièrement en obstétrique. En effet, cette spécialité a pris ces dernières décennies un essor considérable. Parallèlement, le gynécologue obstétricien est devenu particulièrement visé par la multiplication des plaintes en responsabilités [1]. En contentieux obstétrical, les plaintes pour atteinte plexique avec ou sans dystocie des épaules demeurent le dossier le plus fréquemment rencontré [2]. Il s'agit d'une complication néonatale classiquement secondaire à une dystocie des épaules (DDE) et faisant presque toujours suspecter une mauvaise pratique obstétricale. Il a été estimé que les plaintes en recherche de responsabilité médicale dans la genèse d'un Paralyse Obstétricale du Plexus Brachial (POPB) en France représentaient environ 5 à 10 % de l'ensemble des actions intentées contre les obstétriciens [3]. Afin de réduire les risques liés à la dystocie des épaules, une évaluation des circonstances des accidents médicaux qui ont été à l'origine d'une POPB paraît utile. En l'occurrence, il serait important que les équipes médicales puissent rediscuter à postériori les dossiers à la fin de l'histoire juridique afin d'en tirer les conclusions pratiques pour réduire l'incidence de cette pathologie [4]. Dans ce cadre, il nous a paru utile d'étudier les problèmes de la responsabilité médicale impliquant la POPB. Ainsi, nous avons réalisé une étude de six affaires en responsabilité médicale impliquant la POPB, au service de médecine légale de Sousse. A partir des faits, des constatations, des médecins experts et des décisions judiciaires rendues, nous avons soulevé les principaux problèmes médico-légaux rencontrés au cours des lésions obstétricales du plexus brachial. Par la suite, nous avons proposé à la fin de ce travail, des conseils à respecter dans le but de prévenir la mise en cause de cette responsabilité.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur six expertises en responsabilité médicale relatives à la survenue d'une POPB. Les expertises incluses ont été effectuées au service de médecine légale du centre hospitalier universitaire (CHU) Farhat Hached de Sousse.

Toutes ces expertises ont eu lieu à la demande d'une autorité judiciaire. Dans ce travail, nous nous sommes basés sur l'exploitation des données fournies par l'ordonnance judiciaire (décisions judiciaires), l'étude du dossier médical et le rapport d'expertise médicale.

Pour chaque affaire, nous avons présenté un exposé des faits qui a été reconstitué d'après les documents médicaux et les données de l'expertise médicale ainsi que les suites judiciaires. Compte tenu du délai long entre l'accident médical, l'expertise médico-légale et les décisions judiciaires, nous avons inclus les dossiers dont les faits étaient étalés depuis l'année à 1985 jusqu'à l'année 2015. La présentation de ces affaires a été établie selon un ordre chronologique des faits.

EXPOSE DES AFFAIRES

Affaire N°1

Rappel des faits : Une femme âgée de 29 ans a accouché, en 1985, dans un hôpital régional d'un nouveau-né de sexe masculin pesant 4300g. L'accouchement était dirigé par un obstétricien avec un recours au forceps. La présentation du fœtus était céphalique haute. Le nouveau-né, à la naissance, avait un score d'Apgar à 9/10. Dans les suites, il a été découvert chez lui une paralysie du plexus brachial gauche.

Une plainte pénale a été déposée par les parents auprès du tribunal de première instance accusant le médecin d'avoir commis des coups et des blessures involontaires. Le juge d'instruction a nommé trois médecins légistes. Leurs missions étaient de préciser si le handicap que présente l'enfant était en rapport avec l'accouchement et d'indiquer si cet handicap était la conséquence d'une négligence ou d'une faute médicale.

Expertise médicale :

Les experts ont conclu que l'enfant présentait des séquelles d'une paralysie du plexus brachial en rapport avec un accouchement dystocique favorisant la souffrance fœtale et la paralysie du plexus brachial. En outre, selon les experts, l'utilisation du forceps en obstétrique est indiquée dans les accouchements dystociques pour sauver le nouveau-né en souffrance. Ses complications médicales classiques sont la paralysie faciale et l'hémorragie méningée. Toutefois, la POPB peut être une complication de l'utilisation du forceps par appui direct d'une cuillère enfoncée.

En l'occurrence, ils ont conclu qu'il n'apparaît pas de négligence dans l'accouchement et les soins qui ont été prodigués à l'enfant.

Suites judiciaires : Le juge d'instruction au tribunal de première instance avait classé en 1989 l'affaire en se basant sur les conclusions des experts et avait considéré que les faits ne constituaient pas une infraction.

Affaire N°2

Rappel des faits

Une femme âgée de 34 ans était hospitalisée en 1993 dans une clinique privée pour accoucher. Il s'agissait d'une mère de deux enfants. Au cours de sa première grossesse de 36 Semaines d'Aménorrhée (SA), l'accouchement était par voie basse avec un placenta prævia d'une fille qui pesait 2800g. Le second était par voie basse avec forceps d'un garçon de 3900g. La nouvelle grossesse était suivie par un gynécologue-obstétricien de libre pratique. L'examen clinique et l'échographie à 32 SA avaient montré que la croissance fœtale était dans la norme (pas de notion de macrosomie fœtale). A son admission à la clinique, cette femme avait une poche des eaux rompue avec un liquide amniotique clair. La progression du travail était normale ainsi que l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal. A dilatation complète et avec engagement de la tête fœtale et arrêt de la progression, un forceps était pratiqué. Cette femme avait donné naissance à une fille pesant 4000 g avec un Apgar de 7/10. L'examen effectué par le pédiatre le même jour avait trouvé une paralysie du membre supérieur droit. Les parents de l'enfant ont porté plainte auprès du tribunal de première instance. Le juge d'instruction avait désigné un collège d'experts formé par un gynécologue-obstétricien, un médecin légiste et un neurologue. Leur mission était de décrire la nature des troubles fonctionnels du nourrisson et d'identifier les causes de ces troubles afin de se prononcer sur la qualité des soins prodigués lors de l'accouchement.

Expertise médicale :

Les experts ont conclu que la paralysie était secondaire à une élongation du plexus brachial droit survenue dans les circonstances d'une dystocie des épaules au cours de l'accouchement. La dystocie des épaules était un incident imprévisible imposant au médecin d'effectuer en

urgence et rapidement des manœuvres pour dégager les épaules bloquées et sauver le fœtus qui est en souffrance. En outre, les experts ont affirmé qu'au cours du suivi de la grossesse ou du déroulement du travail, il n'y avait pas de facteur de risque particulier laissant prévoir la survenue de la dystocie des épaules au cours de l'accouchement.

Suites judiciaires : Le juge d'instruction du tribunal de première instance avait classé en 1994 cette affaire.

Affaire N°3

Rappel des faits

Une femme âgée de 26 ans était admise en 1994 à la maternité d'un CHU pour un accouchement d'une grossesse de 38 SA. Dans ses antécédents, on notait trois nouveau-nés pesants respectivement 3500g, 4500g et 4500g. La dernière grossesse était suivie régulièrement par un gynécologue-obstétricien de libre pratique. A la 37^{ème} semaine, ce dernier avait diagnostiqué un diabète gestationnel. A son admission à la maternité, l'échographie avait mis en évidence un fœtus macrosome avec une présentation céphalique. L'accouchement dirigé par le résident de garde s'était compliqué d'une dystocie des épaules. Dans le dossier médical de la patiente, il n'y avait pas les manœuvres obstétricales qui avaient été réalisées au cours de l'accouchement. A la naissance le nouveau-né pesait 5050g avec un score d'Apgar à 6/10. Le nouveau-né avait présenté une détresse respiratoire et une paralysie du plexus brachial droit. Une cardiomyopathie hypertrophique obstructive du septum inter ventriculaire a été également trouvée. L'évolution était favorable de la détresse respiratoire et de la cardiomyopathie mais avec la persistance de la paralysie du plexus brachial malgré la réalisation d'une intervention chirurgicale réparatrice des nerfs du plexus brachial. Les parents avaient porté plainte auprès du tribunal de première instance pour coups et blessures involontaires et le juge d'instruction avait désigné un collège d'expert formé par un gynécologue-obstétricien, un médecin légiste et un neurologue. Leur mission était de dire s'il y avait eu une négligence, une imprudence ou un manque d'attention à l'origine du dommage que présentait le nourrisson, de préciser la nature et les causes du dommage qu'il présentait et de fixer le taux

d'incapacité permanente partielle qui en avait résulté.

Expertise médicale :

Les experts ont conclu au fait que cette paralysie n'avait pas régressé malgré le traitement chirurgical et la rééducation et que l'état séquellaire qui consistait dans la perte de l'usage du membre supérieur droit avait déterminé une incapacité permanente partielle évaluée à 60% de la capacité fonctionnelle totale. En l'occurrence, l'étude des documents médicaux et des procès-verbaux ainsi que les dossiers hospitaliers avait permis de révéler une insuffisance dans l'évaluation des risques de complication à propos de la prise en charge de la patiente à son admission. La décision d'accouchement par voie basse de cette patiente aurait dû être en présence d'un gynécologue-obstétricien expérimenté. Ce dernier, aurait permis de réévaluer cette décision et surtout de pouvoir faire face à des complications comme la dystocie des épaules par la pratique rapide de manœuvres obstétricales adéquates d'extraction.

Suites judiciaires:

Le tribunal de première instance avait condamné, en 1996, le résident et le médecin spécialiste absent au moment des faits, aux termes de l'article 225 du code pénal pour blessures involontaires avec une amende de 100 dinars chacun. Ensuite une indemnisation de la victime était portée à la charge du Ministère de la Santé au terme de l'article 8 de la loi n°83-112 du 12 décembre 1983 portant statut général des personnels de l'état. La somme allouée était d'environ 340000 dinars répartis en préjudice matériel : 21000 dinars, préjudice moral : 10000 dinars; des frais de soins : 2723 dinars et des frais judiciaires: 150 dinars.

Affaire N°4

Rappel des faits

Une mère de 5 enfants (tous nés par voie basse) était hospitalisée à la maternité d'un hôpital régional pour accouchement. L'examen obstétrical avait trouvé une hauteur utérine à 36 cm, un col utérin dilaté à deux doigts, une poche des eaux rompue avec un liquide amniotique clair et une présentation haute mobile. L'accouchement du nouveau-né s'est déroulé par voie basse et s'est compliqué d'une dystocie des épaules. L'extraction du nouveau-né a nécessité le recours aux ventouses.

Le score d'Apgar du nouveau-né était à 7.

L'enfant présentait une POPB du membre supérieur gauche pour laquelle il a été pris en charge en pédiatrie. Les parents ont porté plainte devant le tribunal de première instance pour coup et blessures involontaires. Le juge d'instruction a nommé un médecin légiste. Sa mission était de se prononcer sur les soins prodigués à la mère et la recherche d'une éventuelle faute médicale à l'origine de la POPB.

Expertise médicale :

Les experts ont conclu que le nourrisson présentait une atteinte prédominante au niveau des racines C5-C8 se traduisant par un déficit moteur du membre supérieur gauche. Cette atteinte nerveuse était en rapport avec une complication obstétricale (dystocie des épaules) survenue de manière imprévisible au cours de l'accouchement. Selon les experts il ne ressort pas de négligence ou de défaut de soins dans la prise en charge de l'accouchement.

Suites judiciaires :

Le juge d'instruction au tribunal de 1^{ère} instance avait classé l'affaire en 1996 en se basant sur les conclusions de l'expert.

Affaire N°5

Rappel des faits

Une femme âgée de 29 ans avait été hospitalisée dans un hôpital universitaire en 1995 pour accouchement sur une grossesse de 40 SA et 4 jours. Il s'agissait d'une femme diabétique sous insuline ayant comme antécédents gynéco-obstétricaux, un accouchement par voie basse d'une fille de 3600g et un avortement spontané. Cette dernière grossesse était régulièrement suivie par un gynécologue-obstétricien de libre pratique et un endocrinologue exerçant dans un hôpital universitaire. A son admission, le col utérin était ouvert à un doigt avec une poche des eaux intacte. Le bassin osseux était normal et la hauteur utérine était de 35cm. Une échographie faite le même jour avait montré une tendance à la macrosomie. L'accouchement par voie basse avait été programmé. Le travail déclenché le lendemain matin, s'était déroulé normalement. Cependant, au moment de l'expulsion du fœtus il y avait eu une dystocie des épaules associée à un double circulaire du cordon. Après une anesthésie générale assurée par l'anesthésiste présent dans la salle d'accouchement, le médecin accoucheur avait

exercé une légère traction sur la tête couplée à une pression sus pubienne. Devant l'échec de cet acte, il avait procédé à la manœuvre de Jacquemier (qui consiste à extraire l'épaule antérieure par rapport à la mère). Cette manœuvre avait permis d'extraire un nouveau-né de sexe féminin de 4300g en état de mort apparente avec un Apgar à 2/10. Le nouveau-né avait été immédiatement réanimé dans la salle de travail par le pédiatre puis transféré au service de néonatalogie du même hôpital après amélioration du score d'Apgar (9/10). L'enfant avait présenté une paralysie du membre supérieur droit par étirement du plexus brachial. Les parents avaient porté plainte auprès du tribunal de première instance accusant l'obstétricien de coups et blessures involontaires. Le juge d'instruction avait désigné un collège d'expert composé de trois médecins (un médecin légiste, un chirurgien et un gynéco-obstétricien). Leurs missions étaient de préciser s'il existait une faute commise par l'équipe soignante dans la prise en charge médicale et d'indiquer si le dommage subi par le nouveau-né aurait pu être évité par la pratique d'une césarienne compte tenu de la corpulence du nouveau-né.

Expertise médicale :

Les experts ont conclu au fait que le dommage subi par la fillette (la POPB) était un accident imprévisible au cours d'un accouchement dystocique réalisé malgré les précautions et la surveillance. En effet, à la sortie de la tête et avec la dystocie des épaules, l'accoucheur se trouvait obligé d'extraire le reste du corps du fœtus en extrême urgence. De ce fait, il a eu recours aux différentes manœuvres complexes au prix de complications majeures sachant que l'élongation du plexus brachial constituait le risque le moins grave. D'après les experts, cet accident peut malheureusement survenir chez un fœtus de poids moyen et le seul élément éventuel prédictif de cet accident était l'allongement de la phase active du travail. Or, cette femme ne présentait pas d'éléments prédictifs de cet accident. En effet, son bassin était normal et avait fait sa preuve au cours de l'accouchement par voie basse. Les antécédents de la patiente et l'évolution de la grossesse et de l'accouchement ne pouvaient pas indiquer une césarienne préventive. Ainsi, le choix de l'accouchement par voie basse était scientifiquement justifié. En conclusion, d'après les experts il n'existait pas de faute médicale commise par l'équipe soignante dans la prise en charge au cours de l'accouchement.

Suites judiciaires :

Le juge d'instruction au tribunal de première instance avait classé l'affaire en 2000 en se basant sur les conclusions des experts et en considérant que les faits ne constituaient pas une infraction.

Affaire N°6

Rappel des faits

Une femme âgée de 33 ans mère de quatre enfants était adressée en 2011 par une sage-femme d'un hôpital régional à une maternité universitaire pour un accouchement sur une grossesse de 38 SA. L'examen à l'admission avait trouvé une hauteur utérine de 33 cm, un col dilaté à deux doigts, une poche des eaux rompue, une présentation de siège refoulable. L'examen du bassin était normal. Une échographie faite à la maternité avait estimé le poids du fœtus à 3500g avec une tête bien fléchie. L'épreuve dynamique du siège avait été acceptée. L'accouchement avait été réalisé par un gynécologue-obstétricien et une sage-femme et avait abouti à une extraction siège d'un bébé de sexe masculin pesant 3300g avec un score d'Apgar de 4 à 6/10. Le nouveau-né avait présenté une détresse respiratoire néonatale qui avait nécessité son admission au service de néonatalogie. Ultérieurement, les pédiatres avaient noté une POPB bilatérale. Les parents avaient porté plainte auprès du tribunal de première instance pour coups et blessures involontaires. Le juge d'instruction avait désigné un collège d'expert formé par un gynécologue-obstétricien, un médecin légiste et un pédiatre. Leur mission était de dire s'il y a une négligence, une imprudence ou un manque d'attention à l'origine du dommage que présentait le nourrisson de préciser la nature et les causes du dommage qu'il présentait et de fixer le taux d'incapacité permanente partielle qui en résulte.

Expertise médicale :

Les experts ont conclu au fait qu'actuellement l'enfant âgé de sept ans présente un déficit de la préhension de la main droite et une épaule gauche tombante, un déficit de la force du membre supérieur gauche avec une limitation importante de la mobilité du coude gauche. Malgré le traitement médical et l'intervention chirurgicale effectuée au niveau du plexus brachial, l'enfant a gardé des séquelles importantes touchant la fonction des deux membres supérieurs. Il n'apparaît pas de manquement professionnel de technique, de diagnostic et de thérapeutique de la part de l'équipe

de soins ayant pris en charge l'accouchement de la femme ainsi que du nouveau-né. Le dommage actuel qui consistait à une POPB bilatérale chez l'enfant est attribué à un aléa thérapeutique (complication imprévisible du traitement ou d'une intervention médicale quelconque en dehors de toute faute ou négligence survenu au cours de l'accouchement).

Suites judiciaires :

Le juge d'instruction au tribunal de première instance avait classé l'affaire en 2019 en se basant sur les conclusions de l'expert.

DISCUSSION

Dans notre travail, les experts avaient conclu à la présence d'une faute dans une affaire seulement. En effet, selon Racinet, la notion de faute en cas de paralysie obstétricale du plexus brachial est souvent non retenue car les conclusions des experts reposent encore souvent sur l'interprétation pathogénique traditionnelle et univoque de la POPB telle qu'elle a été proposée par Erb.

En effet, depuis 1874, année où Erb décrit la paralysie du plexus brachial du nouveau-né comme résultant d'une manipulation traumatisante lors du dégagement fœtal, la responsabilité d'une forte traction latérale de la tête fœtale ou d'une rotation également vigoureuse de celle-ci pour vaincre une DDE a toujours été recherché. Un obstétricien peut ainsi faussement s'estimer responsable de ce traumatisme fœtal, incrédule car persuadé de ne pas avoir été iatrogène, mais culpabilisé par le dogme d'une relation causale fautive très souvent admise [5].

En effet, selon Soutoul JH, la dystocie des épaules peut survenir même en l'absence de signes cliniques et échographiques en faveur d'une macrosomie fœtale et sur une grossesse bien suivie. Cette dystocie nécessite le recours rapide aux manœuvres d'extraction adéquates. Si dans ce cas une élongation du plexus brachial se manifeste, la jurisprudence considère la survenue d'une POBP comme un accident statistiquement acceptable et imprévisible et ne peut considérer le résultat d'un comportement fautif [6]. Par contre, dans l'affaire N° 3, les experts avaient signalé une insuffisance dans l'évaluation des risques de complications lors des concertations de l'équipe médicale ainsi que l'absence d'un obstétricien expérimenté. Dans une affaire similaire à l'affaire N°3 où la voie d'accouchement choisie était la voie basse malgré

une disproportion fœto-pelvienne, les experts avaient signalé l'absence de prises des dispositions nécessaires de sécurité pour l'accouchement et ce quant à la programmation de la voie d'accouchement et le matériel nécessaire pour palier à toute complication. La décision judiciaire était en première instance une condamnation de l'hôpital public. Cette décision avait été confirmée par le juge administratif qui avait qualifié ce défaut de sécurité de faute dans l'organisation et le fonctionnement du service.

D'ailleurs, selon la littérature, l'association d'un allongement anormal de la deuxième phase de travail, gros bébé présumé et l'extraction instrumentale au dessus de la partie moyenne est considérée comme à haut risque de paralysie du plexus brachial et doit discuter les avantages d'une extraction par voie basse par rapport à l'accouchement par césarienne pour les femmes primipares comme pour les femmes multipares [7,8].

L'indication de la césarienne préventive passe par la confrontation des antécédents d'accouchement de gros bébés pour les multipares, des différents diamètres pelviens et des données de l'échographie à proximité du terme. Au cas où il existerait un risque de dystocie des épaules, la présence en salle de travail d'un obstétricien qualifié ainsi qu'un pédiatre s'avère nécessaire [6,9] afin de reconnaître, d'une part, les cas de macrosomie fœtale selon la hauteur utérine et les données échographiques et, d'autre part, l'appréciation de certaines conditions favorisant la PPB tels que l'allongement anormal de la 2ème phase de travail et l'extraction instrumentale.

Selon Racinet [5] une faute du gynécologue-obstétricien peut être retenue, lorsqu'il n'a pas pris toutes les mesures pour limiter le risque de survenue de POPB en prénatal, notamment en sous-estimant l'importance des signes cliniques qui auraient dû l'inciter à suspecter une macrosomie fœtale et à mettre en œuvre les mesures nécessaires pour limiter les risques pour la mère et l'enfant à naître, notamment par la prescription d'une césarienne. Plus rarement, en raison de la difficulté d'en rapporter la preuve, la faute peut résulter de manœuvres inadaptées au cours de l'accouchement. En outre, selon Racinet [5] la césarienne prophylactique ne rétablit une balance favorable que pour une macrosomie fœtale avérée et cela d'autant plus qu'il existe un diabète maternel. En pratique, le Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF), reprenant l'avis de

la FIGO, recommandait en 2000 la pratique d'une césarienne prophylactique en cas de diabète maternel et d'une estimation pondérale du fœtus à partir de 4250 voire 4500 g.

Dans le même cadre que l'affaire N°5, deux avis avaient été rendus par la CCI Rhône-Alpes les 16 novembre 2017 (1ère affaire) et 17 janvier 2018 (2ème affaire) qui avait aussi rejeté la demande d'indemnisation de parents d'enfants ayant présenté une P.O.P.B dans les suites d'un accouchement, réalisé avec ventouse et manœuvres obstétricales [10]. Dans la première affaire, il n'avait, par ailleurs, pas été établi que l'usage de la ventouse ou la manœuvre de Mc Roberts (hyperflexion des cuisses de la mère), évidemment indiqués, étaient responsables de la P.O.P.B dans la mesure où « une extraction instrumentale entraîne une paralysie de plexus brachial dans 4% à 40% des cas ». La Commission avait exclu non seulement la notion d'accident médical (puisque'elle parle d'accident de la nature), mais elle avait exclu aussi l'existence d'un lien de causalité entre l'accouchement et la survenue de la P.O.P.B. Dans la deuxième affaire, l'obstétricien était contraint de réaliser, outre la manœuvre de Mc Roberts, une manœuvre de Jacquemier. Aussi, et à l'inverse de la première, cette grossesse était à risque avec un diabète gestationnel. Dans ce cas, la Commission l'avait considéré comme accident médical.

La Commission avait précisé que dans le cas d'un accouchement dystocique, la lésion du plexus brachial et la paralysie qui s'en suit du fait de la manœuvre de Jacquemier « ne constituent pas de conséquences notablement plus graves que celles auxquelles le nouveau-né était exposé de manière suffisamment probable en l'absence de celle-ci puisqu'alors celui-ci encourait le risque d'une anoxo-ischémie, voire de décès. En d'autres termes, en l'absence de manœuvre, le préjudice de l'enfant aurait probablement été bien plus élevé que celui résultant du plexus brachial. Dès lors, le critère d'anormalité nécessaire à l'intervention de la solidarité nationale en présence d'un accident médical n'est ici pas rempli [10].

A la fin de cette étude de la responsabilité obstétricale dans la genèse de la POPB, on se permet d'exprimer certaines constatations qui nous ont paru importantes tel que le fait que toutes les affaires de notre étude étaient dans le cadre d'une action pénale. Selon Zribi M [11] le recours des victimes ou de leurs ayants droits à la voie pénale s'explique d'une part par la rapidité et la gratuité de cette procédure, et d'autre part par la possibilité de saisir facilement le dossier médical. En outre, nous

avons eu dans l'affaire N°5 une vision différente de celle des experts désignés, en effet, une divergence d'opinion peut se voir même au sein d'un même collège d'experts. Cependant, dans l'affaire N°4 on peut reprocher au juge de première instance, la non désignation d'un gynéco-obstétricien au sein du collège d'experts, surtout quand on sait que la qualité d'une expertise en responsabilité médicale dépend énormément du choix des experts compétents dans le domaine à évaluer. Enfin Selon Shojai, il s'avère important que les équipes médicales puissent rediscuter a posteriori des dossiers à la fin de l'histoire juridique afin d'en tirer des conclusions pratiques pour réduire la sinistralité parce qu'une meilleure déclaration des événements indésirables permettrait une analyse plus pertinente des situations à haut risque médico-légal avec mise en place d'actions correctives en amont. Au long terme, ce type d'actions ouvre la possibilité de réduire l'incidence et le coût de la sinistralité dans cette spécialité [12].

Le risque médico-légal existera toujours dans la pratique du gynécologue obstétricien. Aucune recette miracle ne permet d'éviter une plainte en responsabilité médicale. Cependant, certains comportements permettent de protéger le gynécologue obstétricien et la mise en cause de sa responsabilité.

Sandmire [12] considère qu'il faut arrêter d'accuser systématiquement l'obstétricien (ou la sage-femme) lorsque survient une paralysie du plexus brachial, mais il faut plutôt essayer de comprendre son mécanisme de production qui conditionnera son évitabilité ou non, et donc l'éventuelle responsabilité.

Avant le sinistre, Sandmire [12] préconise que le professionnel de la santé doit respecter impérativement les règles légales, déontologiques et éthiques de la bonne pratique médicale. Quant à Racinet, il recommande [3] de prévoir une césarienne prophylactique s'il ya une notion de macrosomie associé à un diabète maternel, de ne jamais faire de traction violente sur la tête fœtale et d'avoir une bonne connaissance et maîtrise parfaite des diverses manœuvres pour corriger une dystocie des épaules. Dans le même cadre, Shojai préconise la mise en place de séances répétées de simulations pratiques sur des mannequins (Shojai) [4].

Après le sinistre, Racinet préconise de noter sur le dossier médical [3] le délai entre la sortie de la tête et la sortie du reste du corps, la nécessité ou non d'une incision périnéale, la force et la durée des tractions initiales, la séquence et la durée des manœuvres effectuées en vue de réduire une

dystocie des épaules, le personnel présent ayant participé à l'accouchement et de rédiger (avec ce personnel qui était présent) un compte rendu objectif.

En cas d'incident obstétrical, le collège national des gynécologues et obstétriciens français recommande [1] d'établir, sans délai, dès lors que l'incident est survenu, un contact étroit, permanent et répété avec la patiente et/ou son entourage. Ces explications doivent être données par une personne compétente et, dans le cadre du service public, par le médecin chef de service, si cela est possible. Lorsque des erreurs ou fautes manifestes ont été commises, mieux vaut les reconnaître, les signaler ou au moins en formuler l'hypothèse en soulignant qu'il est facile de discuter à posteriori et difficile de prendre une décision à priori, dans le « feu de l'action ». Le désamorçage des situations à risque médico-légal identifiées passe donc par un dialogue franc et précis entre un médecin ayant autorité et le patient. De plus, il faut réunir tous les éléments du dossier médical. Il convient de réunir l'observation, les examens complémentaires, les examens échographiques, de vérifier que le compte-rendu des examens cliniques soit écrit clairement et précisément. Des photocopies doivent être faites et placées en lieu sûr ; elles permettront de garder un souvenir précis du déroulement des événements. Leur utilisation ultérieure devra cependant être prudente en cas de poursuites médico-légales (respect du secret médical). Il convient également de signaler l'incident ou l'accident au directeur de l'établissement qui préviendra le service contentieux ou son service juridique. Il faudra prévenir l'assurance professionnelle qui couvre la responsabilité civile. Les renseignements fournis devront être à la fois précis mais succincts car il ne faut pas perdre d'esprit le maintien du secret médical. Dans les cas les plus graves, lorsque des poursuites pénales sont envisagées, mieux vaut prendre contact avec un avocat habitué aux affaires médicales. Enfin il reste à gérer le retentissement médiatique éventuel. La position du médecin incriminé, tenu par le secret médical, est très inconfortable. Il faut se garder de tout entretien intempestif, notamment par téléphone.

CONCLUSION

Le risque médico-légal existera toujours dans la pratique du gynécologue obstétricien.

Aucune recette miracle ne permet d'éviter une plainte en responsabilité médicale. Cependant, certains comportements permettent de protéger le gynécologue obstétricien et la mise en cause de sa responsabilité. En effet, afin de prévenir la survenue d'une POBP il faut que le professionnel de la santé respecte impérativement les règles légales, déontologiques et éthiques de la bonne pratique médicale.

REFERENCES

- [1]. Cravello L, D'ércole C, Blanc B, Tournaire M. Tome XX publié le 4.12.1996. Paris: Vingtèmes Journées Nationales; 1996. Extrait des Mises à jour en Gynécologie et Obstétrique.
- [2]. O.B.Tchagbele, K.A.R. Segbedji, M. Belo, B.M. Minoungou, J.K. Guedenon, K.D. Azoumah et al. Paralyse obstétricale du plexus brachial : aspects épidémiologique et thérapeutique à propos de 65 cas colligés en trois ans au CHU Sylvanius Olympio de Lomé (Togo). *Journal de Pédiatrie et de Puériculture* 2013 ; 26 (3):141-145.
- [3]. Racinet C, Seguin C. Paralyse brachiale du nouveau né : faute ou aléa ? *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction.* vol34-N°3-c1.p.282-mai20052.
- [4]. ShojaiR, Bretelle F, D'Ercole and all. Analyse de la sinistrabilité en gynécologie obstétrique : expérience d'un CHU en France. *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction.*2013 : 42 :71-75.
- [5]. Racinet C. Paralyse du plexus brachial : la responsabilité obstétricale n'est pas inéluctable. *Gynécologie Obstétrique et Fertilité* 34 (2006) 1007–1010.
- [6]. Soutoul JH, Bertrand J, Pierre F .L'accoucheur. Paris : Ellipses1997.
- [7]. Camus M, Lefebvre G, Veron P. Traumatismes obstétricaux du nouveau-né. Enquête rétrospective à propos de 20409 naissances. *J Gynecol Obst Biol Repord* 1985 ; 14 :1033-1044.
- [8]. Romana MC. La paralyse obstétricale du plexus brachial. *J GynecolobstBiolReprod* 2002 ; 29 :33-35Bergogne A .Responsabilité médicale : des craintes injustifiées. *Le concours médical* 2001 ; 38,2400-2405.
- [9]. Soutoul JH, Pierre F. La responsabilité médicale et les problèmes médico-légaux en obstétrique. Paris : édition Maloine1991.
- [10]. Pierre, P. (1997). Naissance d'un enfant handicapé et droit à indemnisation. *Médecine & Droit* 1997; 24 :19-30.
- [11]. Zribi M, S. Bardaa S, Feki N, Ben Amar W, Hammami Z, Maatoug S. Etude de la responsabilité médicale dans la région de Sfax. et du sud tunisien. *J.I. M. Sfax, N°25; Février2017 ; 36-39.*
- [12]. Sandmire H, Morrison J, Racinet C, Hankins G, Pecorari D, Gherman R. Newborn brachial plexus injuries: the twisting and extension of the fetal head as contributing causes. *J Obstet Gynaecol* 2008;28(2):170-172.