

Cour de cassation, 4 mai 2012, n°11-17.022 (Diagnostic - événement naturel - absence de faute)

04/05/2012

En l'espèce, Mme R. a donné naissance, le 15 septembre 1992, à un garçon, extrait par césarienne pratiquée en urgence au cours de laquelle une rupture utérine était constatée. L'enfant, souffrant de tétraparésie en raison de l'anoxie périnatale est décédé le 28 novembre 2003. Ses parents et frères ont recherché la responsabilité du praticien ayant pratiqué l'accouchement ainsi que celle de l'établissement de santé pour faute de diagnostic. La Cour d'appel de Paris a, le 25 février 2011, rejeté leur demande.

La Cour de cassation exclut toute faute de diagnostic en considérant que *"l'anoxie de l'enfant avait eu pour seule cause la rupture utérine de Mme R. à la phase terminale de son travail, (...) il s'agissait d'un accident gravissime et parfaitement imprévisible et que la situation dans laquelle s'était trouvée (le praticien) était une situation exceptionnelle et dramatique, (la cour d'appel) a relevé, au regard du contexte de la grossesse et de l'accouchement, que la décision de procéder à une césarienne ne pouvait pas être prise avant le moment où la bradycardie était survenue ; qu'elle a, par ces seuls motifs, d'où il résultait que la rupture utérine était impossible à diagnostiquer et à éviter, ce qui excluait toute faute de diagnostic, justifié sa décision"*.

A noter que ces faits étaient antérieurs à l'entrée en vigueur de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Cour de cassation
chambre civile 1
Audience publique du vendredi 4 mai 2012
N° de pourvoi: 11-17022
Rejet

Non publié au bulletin

M. Charruault (président), président
SCP Boré et Salve de Bruneton, SCP Rocheteau et Uzan-Sarano, avocat(s)

REPUBLIQUE FRANCAISE
AU NOM DU PEUPLE FRANCAIS

LA COUR DE CASSATION, PREMIÈRE CHAMBRE CIVILE, a rendu l'arrêt suivant :

Attendu que, selon l'arrêt attaqué (Paris, 25 février 2011), Mme X... a donné naissance, le 15 septembre 1992 à l'hôpital Notre-Dame de Bon Secours, à un garçon prénommé Christophe, extrait par césarienne pratiquée en urgence par Mme Y..., gynécologue-obstétricienne et salariée de la clinique, au cours de laquelle une rupture utérine était constatée ; que l'enfant, souffrant de tétraparésie en raison de l'anoxie périnatale et n'ayant aucun contact auditif ni visuel, est décédé le 28 novembre 2003 ; que ses parents et deux de ses frères et soeurs (les consorts X...) ont assigné en responsabilité le praticien et le groupe hospitalier Saint-Joseph venant aux droits de l'hôpital Notre-Dame de Bon Secours (la clinique) ; que la cour d'appel a rejeté leurs demandes ;

Sur le premier moyen, pris en ses diverses branches :

Attendu que les consorts X... font grief à l'arrêt de rejeter leurs demandes, alors, selon le moyen :

1°/ que, pour établir son diagnostic, le médecin est tenu de prendre en compte le contexte dans lequel ce diagnostic intervient afin de réduire le plus possible le risque d'erreur ; qu'en l'espèce, les consorts X... faisaient valoir dans leurs écritures que le contexte de macrosomie aurait dû être pris en compte par le médecin accoucheur ; qu'ils insistaient sur le fait que ce contexte devait s'apprécier a priori et non rétrospectivement, faisant ainsi valoir qu'il importait peu que le
<https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/cour-de-cassation-4-mai-2012-n11-17-022-diagnostic-evenement-naturel-absence-de-faute/>

foetus n'ait pas, en définitive, été macrosome puisque la notion de « contexte de macrosomie » est distincte de celle de « macrosomie établie » ; que, pour décider, par motifs propres et adoptés, que « le contexte de macrosomie n'était pas établi » et qu'il existait, selon les experts, des risques importants d'erreur de dépistage de la macrosomie par échographie ; qu'en se prononçant ainsi, par des motifs inopérants confondant contexte de macrosomie et certitude de macrosomie, et partant impropres à écarter l'existence, au moment de l'accouchement, d'un risque de macrosomie du fœtus qui aurait dû être pris en compte par Mme Y... dans son diagnostic, et donc d'une faute de diagnostic, qui ne doit pas s'apprécier a posteriori, la cour d'appel a privé sa décision de base légale au regard des articles L. 1142-1 et L. 1110-5 du code de la santé publique ;

2°/ que les consorts X... faisaient valoir que le contexte de macrosomie s'évinçait à la fois de l'échographie pratiquée le 12 août 1992 mais aussi du dossier d'accouchement, selon lequel, à 13 h 30, l'ETG (échotomographie gynécologique), qui est une variété d'échographie, avait fait apparaître un « gros enfant » au 90e percentile ; qu'en considérant que « le contexte de macrosomie n'était pas établi au motif notamment qu'il n'avait pas été « confirmé (...) par l'échographie pratiquée la veille de l'accouchement », sans rechercher si la dernière échographie pratiquée au moment de l'accouchement n'avait pas maintenu la possibilité d'un enfant macrosome, la cour d'appel a privé sa décision de base légale au regard des articles L. 1142-1 et L. 1110-5 du code de la santé publique ;

3°/ que les consorts X... soutenaient que Mme X..., en cours de travail, avait signalé des douleurs abdominales persistantes malgré l'anesthésie péridurale, ce qui avait été relevé tant par le docteur Z... que par le docteur A..., peu important au demeurant la localisation exacte de ces douleurs ; qu'ils faisaient valoir que ces douleurs étaient de nature à permettre de poser le diagnostic d'une rupture utérine ; qu'en écartant toute faute de diagnostic de Mme Y..., en se bornant à relever que, selon le docteur A..., la rupture utérine n'avait pu intervenir qu'avant la césarienne, « ce qui vient en contradiction avec son affirmation selon laquelle les douleurs abdominales alléguées par Mme X... (douleurs de l'hypocondre droit) mais non confirmées par l'expert judiciaire, en auraient été un signe, d'autant que la rupture utérine a été localisée du côté gauche à l'issue de la césarienne », sans rechercher si ces douleurs, associées au contexte de macrosomie ainsi qu'à la décélération des contractions observée dès 17 h 30, ne constituaient pas un indice de la survenance d'une rupture utérine, la cour d'appel a privé sa décision de base légale au regard des articles L. 1142-1 et L. 1110-5 du code de la santé publique ;

4°/ que les consorts X... faisaient valoir que, compte tenu du contexte de macrosomie foetale, des douleurs ressenties par Mme X... lors du travail et des décélération contemporaines des contractions (DIP I), caractérisant une probable souffrance foetale, Mme Y... aurait dû elle-même procéder à l'interprétation du tracé du DIP I et ainsi vérifier le diagnostic établi par la sage-femme ; que la cour d'appel a écarté toute faute de diagnostic de Mme Y..., en se bornant à retenir qu'« aucun élément ne permettant de dire qu'en constatant elle-même le tracé, elle aurait pris une autre décision dès lors qu'il n'est pas établi ni même allégué que la sage-femme aurait commis une erreur dans la lecture du tracé ou dans ses constatations » ; qu'en se prononçant ainsi, par des motifs inopérants, sans tenir compte de ce que le contexte de la grossesse et de l'accouchement imposait la vérification des examens réalisés par la sage-femme par un médecin obstétricien, la cour d'appel a privé sa décision de base légale au regard des articles L. 1142-1 et L. 1110-5 du code de la santé publique ;

5°/ que le médecin, pour réaliser un diagnostic pertinent, est tenu de procéder à une surveillance personnelle de son patient lorsque le contexte pathologique de ce dernier le justifie ; qu'en l'espèce, les consorts X... faisaient valoir dans leurs écritures que le contexte de macrosomie foetale aurait dû conduire le médecin référent, Mme Y..., à se déplacer en salle pour vérifier elle-même le déroulement du déclenchement de grossesse qu'elle avait elle-même décidé ; qu'en ne répondant pas à ce moyen, dont l'examen aurait révélé la négligence fautive de Mme Y... dans le suivi de sa patiente, la cour d'appel a violé l'article 455 du code de procédure civile ;

6°/ que, en tout état de cause, le médecin commet une faute de diagnostic dès lors que, face à une situation d'incertitude, il n'envisage pas les différents diagnostics possibles, et notamment les plus graves, pour prévenir le plus rapidement possible les conséquences néfastes des symptômes associés à de tels diagnostics ; qu'en l'espèce, les consorts X... s'appuyaient sur l'avis du docteur A..., selon lequel le diagnostic de rupture utérine aurait dû être, à tout le moins, évoqué ; qu'en se bornant à considérer que le diagnostic de rupture utérine était une complication imprévisible selon l'expert judiciaire, sans tenir compte du contexte de la grossesse et de l'accouchement qui imposait à Mme Y... d'envisager le diagnostic d'une éventuelle rupture utérine, ce qui lui aurait permis de procéder à des examens complémentaires et de réagir plus tôt qu'elle ne l'a fait, la cour d'appel a violé les articles L. 1142-1 et L. 1110-5 du code de la santé publique ;

Mais attendu que la cour d'appel, par motifs expressément adoptés, a d'abord fait siennes les conclusions de l'expert judiciaire selon lesquelles l'anoxie de l'enfant avait eu pour seule cause la rupture utérine de Mme X... à la phase terminale de son travail, et précisant qu'il s'agissait d'un accident gravissime et parfaitement imprévisible et que la situation dans laquelle s'était trouvée Mme Y... était une situation exceptionnelle et dramatique, puis a relevé, au regard du contexte de la grossesse et de l'accouchement, que la décision de procéder à une césarienne ne pouvait pas être prise avant le moment où la bradycardie était survenue ; qu'elle a, par ces seuls motifs, d'où il résultait que la rupture utérine était
<https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/cour-de-cassation-4-mai-2012-n11-17-022-diagnostic-evenement-naturel-absence-de-faute/>

impossible à diagnostiquer et à éviter, ce qui excluait toute faute de diagnostic, justifié sa décision ; que les griefs sont inopérants ;

Et attendu que le second moyen, tel qu'il résulte du mémoire en demande et est reproduit en annexe, n'est pas de nature à permettre l'admission du pourvoi ;

PAR CES MOTIFS :

REJETTE le pourvoi ;

Condamne les consorts X... aux dépens ;

Vu l'article 700 du code de procédure civile, rejette les demandes ;

Ainsi fait et jugé par la Cour de cassation, première chambre civile, prononcé par le président en son audience publique du quatre mai deux mille douze et signé par M. Charruault, président, et par Mme Laumône, greffier de chambre qui a assisté au prononcé de l'arrêt.

MOYENS ANNEXES au présent arrêt

Moyens produits par la SCP Rocheteau et Uzan-Sarano, avocat aux Conseils pour les consorts X...

PREMIER MOYEN DE CASSATION

Il est fait grief à l'arrêt attaqué d'AVOIR dit que le Dr Y... n'avait commis aucune faute lors de l'accouchement de Mme Maria B... épouse X..., pouvant engager la responsabilité de son commettant la Fondation Hôpital Saint-Joseph et d'AVOIR en conséquence mis hors de cause le Dr Y... et rejeté toutes les demandes formées par M. José C... X..., Mme Maria B... épouse X..., M. Simon X... et Mlle Aïda X... ;

AUX MOTIFS PROPRES QUE c'est à la suite de motifs pertinemment retenus, répondant exactement aux moyens soulevés en première instance et repris intégralement devant la Cour sur l'erreur dans le suivi de la grossesse, le « contexte de macrosomie », l'origine du traumatisme obstétrical subi par l'enfant, le délai écoulé avant son extraction en bloc opératoire et non en salle de travail, l'absence de raison d'une césarienne avant la bradycardie et le recours aux forceps, motifs que la Cour fait siens en les adoptant, que les premiers juges ont dit que le Dr Y... n'avait commis aucune faute lors de l'accouchement de Mme X... pouvant entraîner la responsabilité du Groupe Hospitalier Paris Saint-Joseph ; qu'il convient simplement d'ajouter que l'avis du Dr Michel A... n'apporte pas d'éléments probants de nature à remettre en cause les conclusions expertales au regard de ses contradictions ou inexactitudes ; qu'en effet, il ne saurait y avoir d'erreur de diagnostic suite à l'échographie du 12 août 1992 qui révèle des mensurations évoquant un fœtus macrosome (4. 000 grammes et plus) dès lors que l'expert judiciaire note qu'il s'agissait alors seulement d'un « soupçon de macrosomie » laquelle n'a pas été confirmée tant par l'échographie pratiquée la veille de l'accouchement que par le constat que l'enfant pesait 3. 650 grammes à sa naissance, étant précisé que le Dr A... rejoint l'opinion du Pr F... quant à l'imprécision diagnostique et les risques d'erreur thérapeutique en excès concernant cette macrosomie (p. 8 de cet avis) ; que s'agissant de la rupture utérine, il est acquis que Mme X... ne présentait pas d'utérus cicatriciel ni de diabète, que les experts judiciaires que le Dr A... précisent que les décélérations cardiaques fœtales n'avaient pas de signification pathologique (p. 5 idem), que la rupture n'a pu intervenir qu'avant la césarienne (p. 6 idem) et n'a pu être provoquée par le forceps (p. 7 idem), ce qui vient en contradiction avec son affirmation selon laquelle les douleurs abdominales alléguées par Mme X... (douleurs de l'hypocondre droit) mais non confirmées par l'expert judiciaire aurait été un signe (idem) d'autant que la rupture utérine a été localisée du côté gauche à l'issue de la césarienne ; que, de la même manière, alors que l'expert na recensé aucun élément en faveur d'une césarienne en cours de travail, le Dr A... reconnaît qu'il n'y avait pas d'indication à une césarienne avant ou en début de travail (p. 4 et 9) ; que, de surcroît, il ne donne aucun élément permettant de considérer que la rupture s'est produite entre 18h et 18h25 alors qu'il est acquis que la décélération cardiaque fœtale n'est devenue pathologique (bradycardie) qu'à 18h25, heure à laquelle le Dr Y... a été prévenue ; qu'enfin, il résulte de ce dernier constat que le Dr Y... qui a immédiatement réagi par une brève tentative de forceps (uniquement la première cuillère) puis en pratiquant la césarienne, a procédé à l'extraction de l'enfant à 18h45 soit seulement 20 minutes après le début de la bradycardie signant la rupture utérine (cf. arrêt, p. 6 et 7) ;

ET AUX MOTIFS ADOPTES QU'il est constant que Christophe X... a présenté à sa naissance le 15 septembre 1992 les signes

d'une souffrance foetale aiguë due à un accouchement difficile, ses lésions et séquelles étant directement liées au traumatisme obstétrical à l'origine des troubles circulatoires du fœtus (anoxo-ischémie cérébrale) ; qu'en vertu du contrat médical conclu avec Mme Maria B... épouse X..., la Fondation Hôpital Saint-Joseph était tenue de lui prodiguer des soins attentifs, consciencieux et conformes aux données acquises de la science médicale à la date de ceux-ci, étant précisé que cette obligation, qui n'est que de moyens, concerne tant le diagnostic et les investigations préalables que les soins eux-mêmes et leur suivi ; que la responsabilité de l'établissement est engagée dès lors qu'il est établi un manquement à cette obligation en relation directe et certaine avec le préjudice invoqué ; que les consorts X... font valoir que des erreurs ont été commises aussi bien lors du suivi de la grossesse que lors de l'accouchement, qui ont peu pour conséquence un retard d'1 heure 15, nécessairement fautif, dans la prise de décision de procéder à une césarienne ; qu'ils reprochent au Dr Y... de n'avoir pas tenu compte du contexte de macrosomie foetale de l'enfant, de ne pas avoir décidé d'interpréter elle-même le tracé du rythme cardiaque à partir des premières anomalies, d'avoir tenté une manoeuvre obstétricale inaboutie et d'avoir pratiqué la césarienne au bloc opératoire et non en salle de travail ; qu'ils en concluent que « la perte de temps est évidente entre le début des bradycardies importantes à 17 heures 30 et l'accouchement à 18 heures 45 » ; que, s'agissant du grief tiré d'une erreur dans le suivi de la grossesse, il convient d'observer que les demandeurs se contentent de se référer au compte-rendu de l'échographie pratiquée le 12 août 1992, dans lequel il est mentionné un fœtus en présentation de siège avec des mensurations évoquant un fœtus macrosome, et d'évoquer un contexte de macrosomie sans toutefois préciser quelles auraient été les fautes commises par l'établissement de soins dans le suivi de la grossesse ; que la remarque de l'expert judiciaire concernant la conduite à tenir en cas de macrosomie avec fœtus en siège (revoir la patiente trois semaines au plus tard et pratiquer très probablement une césarienne en cas de situation inchangée) ne permet nullement de retenir une négligence dans la surveillance de la grossesse, dès lors que Mme X... a été revue le 31 août, que le déclenchement a été prévu pour le 14 septembre en fonction des conditions locales réévaluées et que la dernière échographie mentionne que la présentation est céphalique ; que d'ailleurs le Dr Z... indique dans son rapport que la grossesse a été suivie régulièrement et conformément aux données actuelles de la science, en précisant qu'il n'y avait pas d'indication de césarienne de principe puisqu'il s'agissait d'une présentation céphalique chez une multipare et que la prise en charge de Mme X... dès son arrivée a été faite dans les délais normaux et la conduite à tenir a été habituelle ; que les défendeurs contestent l'existence d'une macrosomie en faisant état de l'analyse du dossier de Mme X... faite par le Pr F... qui indique que Christophe pesait à sa naissance 3. 560 gr, soit le même poids que son frère, ce qui n'est nullement macrosome (la macrosomie étant retenue au-delà de 4. 000 gr) et que ce poids correspondait à la mesure de la hauteur utérine (34 cm) prise à l'entrée dans la salle de travail, en expliquant que le diagnostic de macrosomie foetale, déjà en 1992, ne se faisait pas sur une échographie qui ne permettait pas, surtout à cette époque, de déterminer le poids de naissance ; que le Pr F... ajoute qu'il n'appartient pas à la bonne pratique, et déjà en 1992, de décider une intervention césarienne de principe, avant le début du travail parce que le fœtus serait trop gros car ce doute est trop souvent infirmé et l'intervention, au minimum, inutile ; que dans la réponse au dire du conseil des défendeurs, le Dr Z... admet qu'il avait effectivement un « soupçon de macrosomie qu'il est toujours difficile d'affirmer en pre-partum », étant indiqué en tout état de cause que l'expert affirme dans le pré-rapport du 18 avril 2002 que la notion de macrosomie n'a peut-être pas été suffisamment prise en compte que ceci ne saurait constituer une faute ; que concernant la prise en compte de la suspicion de macrosomie pendant la phase d'accouchement, et notamment lors de l'apparition des décélérations contemporaines des contractions, les demandeurs font référence aux propos de l'expert judiciaire selon lequel « il aurait été utile compte tenu de ce contexte notamment de macrosomie que le médecin de garde en ait connaissance et interprète lui-même ce tracé » ; que toutefois l'expert judiciaire, qui indique que la cause de l'anoxie de l'enfant est liée à la rupture utérine de Mme X... à la phase terminale de son travail et confirme dans sa réponse aux dires des parties d'une part que « le traumatisme obstétrical subi par l'enfant n'a résulté que de la rupture utérine parfaitement imprévisible, ce qui est un accident gravissime » et d'autre part que « la situation dans laquelle s'est trouvée Mme le Dr Y... est une situation exceptionnelle dramatique » n'indique nullement que la décision de procéder à une césarienne aurait dû être prise à 17 heures 30 comme le soutiennent les demandeurs qui mentionnent un délai d'1 heure 15 entre le début des bradycardies importantes et l'extraction de l'enfant ; que le Dr Z... ne retient qu'un délai de 22 minutes entre l'altération du tracé et l'extraction de l'enfant, en indiquant expressément que le tracé du rythme cardiaque s'est altéré brutalement à 18 heures 23 en devenant agonique alors qu'il avait été normal jusqu'à 16 heures 25 et qu'étaient apparues de 16 heures 25 à 17 heures 25 des décélérations contemporaines de contractions, qui n'étaient pas « forcément péjoratives » ; que le Pr F... considère également qu'il n'existait aucune raison de pratiquer une intervention césarienne avant 18 heures 25 quand est survenue la bradycardie foetale ; qu'il explique que seul un arrêt de dilatation du col de l'utérus ou des « altérations franches du monitoring foetal, des ralentissements profonds et durables et sans rémission », ce qui n'est pas le cas en l'espèce, la dilation du col progressant correctement et les ralentissements du coeur foetal inscrits sur l'enregistrement à partir de 16 heures 20 ne revêtant pas un caractère inquiétant, auraient pu justifier une décision de césarienne ; qu'étant retenu que la décision de procéder à une césarienne ne pouvait pas être prise avant 18 heures 23, moment précis où la bradycardie a été enregistrée, il convient de déterminer si l'absence du Dr Y... dans la salle de travail et si sa tentative d'extraction de l'enfant par forceps et sa décision de transférer la patiente au bloc opératoire sont constitutifs d'une faute ; que l'expert judiciaire indique « regretter que le médecin de garde référent n'ait pas constaté lui-même les anomalies du rythme, qui replacées dans un contexte de macrosomie, auraient peut-être pu le rendre plus vigilant et amener la réalisation d'une césarienne quelques minutes plus tôt » ; que, cependant, ainsi que cela été précédemment indiqué, le contexte de macrosomie n'était pas établi et à supposer même qu'un « soupçon de macrosomie » ait existé, aucune faute professionnelle imputable à cette absence ne peut être retenue à l'encontre du Dr Y... qui, lors de l'appel de 17 heures 30 de la sage-femme lui faisant état de DIP I peu profond (100 battements par mn, maximum à 80) avec une récupération immédiate, d'un liquide amniotique clair, d'un travail progressant normalement pour une patiente « troisième pare » à 8 cm de dilatation, a estimé qu'il n'y avait pas lieu de décider d'une césarienne, aucun élément ne permettant de dire qu'en constatant elle-même le tracé, elle aurait pris une autre décision dès lors qu'il n'est pas établi ni même allégué que la

sage-femme aurait commis une erreur dans la lecture du tracé ou dans ses constatations ; qu'il doit être au surplus relevé que le Dr Y..., appelée à 18 heures 25, est arrivée quasi-immédiatement dans la salle de travail puisqu'elle a procédé à la tentative de positionnement de la première cuillère du forceps à 18 heures 30 et qu'il n'y a donc pas eu de retard dans son intervention ; que s'agissant de la tentative de faire naître l'enfant par forceps ni l'expert judiciaire ni le Pr F... ne considèrent qu'il s'agissait d'une manoeuvre inconsidérée, étant précisé que le Dr Y... n'a procédé qu'à la pose de la première cuillère avant de décider immédiatement de procéder à la césarienne lorsqu'elle a constaté que l'extraction par voie basse n'était pas possible ; qu'il doit être d'ailleurs relevé que cette tentative n'a pas été retenue comme la cause de la rupture utérine dès lors que la bradycardie avait été constatée préalablement à cette manoeuvre obstétricale ; qu'enfin, si le Dr Z... précise « que l'extraction aurait pu être pratiquée en salle de travail pour quelques précieuses minutes », il indique que son choix ne saurait lui être reproché et « sa conduite ne saurait être considérée comme fautive » ; qu'il est certain que le Dr Y..., en décidant de procéder à l'intervention chirurgicale dans le bloc opératoire avec un matériel adapté et un personnel spécialisé, situé à quelques mètres de la salle de travail, a peut-être perdu une ou deux minutes mais a aussi peut-être évité la survenue de risques hémorragiques ou septiques pour Mme X... ; qu'il résulte de l'ensemble de ces éléments que le Dr Y... n'a commis aucune faute professionnelle lors de l'accouchement de Mme X..., le temps de 20 mn pour extraire l'enfant du ventre de sa mère étant un délai admissible dans la pratique obstétricale ; qu'au surplus, il n'est pas établi que les « quelques précieuses minutes » gagnées auraient permis d'éviter les séquelles dramatiques présentées par Christophe, dès lors que son extraction ne pouvait être immédiate lors de la constatation de la souffrance foetale en raison de la nécessité d'effectuer une césarienne imposant un délai incompressible ; qu'en conséquence, la responsabilité de la Fondation Hôpital Saint-Joseph ne peut être engagée (cf. jugement, p. 6 à 10) ;

1°) ALORS QUE, pour établir son diagnostic, le médecin est tenu de prendre en compte le contexte dans lequel ce diagnostic intervient afin de réduire le plus possible le risque d'erreur ; qu'en l'espèce, les consorts X... faisaient valoir dans leurs écritures que le contexte de macrosomie aurait dû être pris en compte par le médecin accoucheur (cf. concl., p. 6 et 7) ; qu'ils insistaient sur le fait que ce contexte devait s'apprécier a priori et non rétrospectivement (cf. concl., p. 6 § 10), faisant ainsi valoir qu'il importait peu que le fœtus n'ait pas, en définitive, été macrosome puisque la notion de « contexte de macrosomie » est distincte de celle de « macrosomie établie » ; que, pour décider, par motifs propres et adoptés, que « le contexte de macrosomie n'était pas établi » (cf. jugement, p. 9 § 2 et arrêt, p. 6 § 8), la cour d'appel a considéré qu'à la naissance l'enfant n'était pas macrosome (cf. arrêt, p. 6 § 10 et jugement, p. 7 § 7) et qu'il existait, selon les experts, des risques importants d'erreur de dépistage de la macrosomie par échographie (cf. jugement, p. 7 § 8 et p. 8 et arrêt, p. 6 § 10) ; qu'en se prononçant ainsi, par des motifs inopérants confondant contexte de macrosomie et certitude de macrosomie, et partant impropres à écarter l'existence, au moment de l'accouchement, d'un risque de macrosomie du fœtus qui aurait dû être pris en compte par le Dr Y... dans son diagnostic, et donc d'une faute de diagnostic, qui ne doit pas s'apprécier a posteriori, la cour d'appel a privé sa décision de base légale au regard des articles L. 1142-1 et L. 1110-5 du Code de la santé publique ;

2°) ALORS QUE les consorts X... faisaient valoir que le contexte de macrosomie s'évinçait à la fois de l'échographie pratiquée le 12 août 1992 mais aussi du dossier d'accouchement, selon lequel, à 13h30, l'ETG (échotomographie gynécologique), qui est une variété d'échographie, avait fait apparaître un « gros enfant » au 90ème percentile (cf. prod. 1) ; qu'en considérant que « le contexte de macrosomie n'était pas établi » (cf. jugement, p. 9 § 2 et arrêt, p. 6 § 8) au motif notamment qu'il n'avait pas été « confirmé (...) par l'échographie pratiquée la veille de l'accouchement » (cf. arrêt, p. 6 § 10) sans rechercher si la dernière échographie pratiquée au moment de l'accouchement n'avait pas maintenu la possibilité d'un enfant macrosome, la cour d'appel a privé sa décision de base légale au regard des articles L. 1142-1 et L. 1110-5 du Code de la santé publique ;

3°) ALORS QUE les consorts X... soutenaient que Mme X..., en cours de travail, avait signalé des douleurs abdominales persistantes malgré l'anesthésie péridurale, ce qui avait été relevé tant par le Dr Z... que par le Dr A..., peu important au demeurant la localisation exacte de ces douleurs (cf. concl., p. 13 § 6 et 7) ; qu'ils faisaient valoir que ces douleurs étaient de nature à permettre de poser le diagnostic d'une rupture utérine (cf. concl., p. 13 § 8) ; qu'en écartant toute faute de diagnostic du Dr Y..., en se bornant à relever que, selon le Dr A..., la rupture utérine n'avait pu intervenir qu'avant la césarienne « ce qui vient en contradiction avec son affirmation selon laquelle les douleurs abdominales alléguées par Mme X... (douleurs de l'hypocondre droit) mais non confirmées par l'expert judiciaire, en auraient été un signe, d'autant que la rupture utérine a été localisée du côté gauche à l'issue de la césarienne » (cf. arrêt, p. 6 § 11), sans rechercher si ces douleurs, associées au contexte de macrosomie ainsi qu'à la décélération des contractions observée dès 17h30, ne constituaient pas un indice de la survenance d'une rupture utérine, la cour d'appel a privé sa décision de base légale au regard des articles L. 1142-1 et L. 1110-5 du Code de la santé publique ;

4°) ALORS QUE les consorts X... faisaient valoir que, compte tenu du contexte de macrosomie foetale, des douleurs ressenties par Mme X... lors du travail et des décélération contemporaines des contractions (DIP I), caractérisant une probable souffrance foetale, le Dr Y... aurait dû elle-même procéder à l'interprétation du tracé du DIP I et ainsi vérifier le diagnostic établi par la sage-femme (cf. concl., p. 11 § 2 à 5) ; que la cour d'appel a écarté toute faute de diagnostic du Dr Y..., en se bornant à retenir qu'« aucun élément ne permettant de dire qu'en constatant elle-même le tracé, elle aurait pris une autre décision dès lors qu'il n'est pas établi ni même allégué que la sage-femme aurait commis une erreur dans la lecture du tracé ou dans ses constatations » (cf. jugement, p. 9 § 2) ; qu'en se prononçant ainsi, par des motifs inopérants,

sans tenir compte de ce que le contexte de la grossesse et de l'accouchement imposait la vérification des examens réalisés par la sage-femme par un médecin obstétricien, la cour d'appel a privé sa décision de base légale au regard des articles L. 1142-1 et L. 1110-5 du Code de la santé publique ;

5°) ALORS QUE le médecin, pour réaliser un diagnostic pertinent, est tenu de procéder à une surveillance personnelle de son patient lorsque le contexte pathologique de ce dernier le justifie ; qu'en l'espèce, les consorts X... faisaient valoir dans leurs écritures que le contexte de macrosomie foetale aurait dû conduire le médecin référent, le Dr Y..., à se déplacer en salle pour vérifier elle-même le déroulement du déclenchement de grossesse qu'elle avait elle-même décidé (cf. concl., p. 9 § 5) ; qu'en ne répondant pas à ce moyen, dont l'examen aurait révélé la négligence fautive du Dr Y... dans le suivi de sa patiente, la cour d'appel a violé l'article 455 du Code de procédure civile ;

6°) ALORS QUE, EN TOUT ETAT DE CAUSE, le médecin commet une faute de diagnostic dès lors que, face à une situation d'incertitude, il n'envisage pas les différents diagnostics possibles, et notamment les plus graves, pour prévenir le plus rapidement possible les conséquences néfastes des symptômes associés à de tels diagnostics ; qu'en l'espèce, les consorts X... s'appuyaient sur l'avis du Dr A..., selon lequel le diagnostic de rupture utérine aurait dû être, à tout le moins, évoqué (cf. concl., p. 13 § 7 et prod. 2, p. 7 § 1) ; qu'en se bornant à considérer que le diagnostic de rupture utérine était une complication imprévisible selon l'expert judiciaire (cf. jugement, p. 8 § 3), sans tenir compte du contexte de la grossesse et de l'accouchement qui imposait au Dr Y... d'envisager le diagnostic d'une éventuelle rupture utérine, ce qui lui aurait permis de procéder à des examens complémentaires et de réagir plus tôt qu'elle ne l'a fait, la cour d'appel a violé les articles L. 1142-1 et L. 1110-5 du Code de la santé publique.

SECOND MOYEN DE CASSATION

Il est fait grief à l'arrêt attaqué d'AVOIR dit que le Dr Y... n'avait commis aucune faute lors de l'accouchement de Mme Maria B... épouse X..., pouvant engager la responsabilité de son commettant la Fondation Hôpital Saint-Joseph et d'AVOIR mis hors de cause le Dr Y... et rejeté toutes les demandes formées par M. José C... X..., Mme Maria B... épouse X..., M. Simon X... et Mlle Aïda X... ;

AUX MOTIFS PROPRES QUE c'est à la suite de motifs pertinemment retenus, répondant exactement aux moyens soulevés en première instance et repris intégralement devant la Cour sur l'erreur dans le suivi de la grossesse, le « contexte de macrosomie », l'origine du traumatisme obstétrical subi par l'enfant, le délai écoulé avant son extraction en bloc opératoire et non en salle de travail, l'absence de raison d'une césarienne avant la bradycardie et le recours aux forceps, motifs que la Cour fait siens en les adoptant, que les premiers juges ont dit que le Dr Y... n'avait commis aucune faute lors de l'accouchement de Mme X... pouvant entraîner la responsabilité du Groupe Hospitalier Paris Saint-Joseph ; qu'il convient simplement d'ajouter que l'avis du Dr Michel A... n'apporte pas d'éléments probants de nature à remettre en cause les conclusions expertales au regard de ses contradictions ou inexactitudes ; qu'en effet, il ne saurait y avoir d'erreur de diagnostic suite à l'échographie du 12 août 1992 qui révèle des mensurations évoquant un foetus macrosome (4. 000 grammes et plus) dès lors que l'expert judiciaire note qu'il s'agissait alors seulement d'un « soupçon de macrosomie » laquelle n'a pas été confirmée tant par l'échographie pratiquée la veille de l'accouchement que par le constat que l'enfant pesait 3. 650 grammes à sa naissance, étant précisé que le Dr A... rejoint l'opinion du Pr F... quant à l'imprécision diagnostique et les risques d'erreur thérapeutique en excès concernant cette macrosomie (p. 8 de cet avis) ; que s'agissant de la rupture utérine, il est acquis que Mme X... ne présentait pas d'utérus cicatriciel ni de diabète, que les experts judiciaires que le Dr A... précisent que les décélérations cardiaques foetales n'avaient pas de signification pathologique (p. 5 idem), que la rupture n'a pu intervenir qu'avant la césarienne (p. 6 idem) et n'a pu être provoquée par le forceps (p. 7 idem), ce qui vient en contradiction avec son affirmation selon laquelle les douleurs abdominales alléguées par Mme X... (douleurs de l'hypocondre droit) mais non confirmées par l'expert judiciaire aurait été un signe (idem) d'autant que la rupture utérine a été localisée du côté gauche à l'issue de la césarienne ; que, de la même manière, alors que l'expert na recensé aucun élément en faveur d'une césarienne en cours de travail, le Dr A... reconnaît qu'il n'y avait pas d'indication à une césarienne avant ou en début de travail (p. 4 et 9) ; que, de surcroît, il ne donne aucun élément permettant de considérer que la rupture s'est produite entre 18h et 18h25 alors qu'il est acquis que la décélération cardiaque foetale n'est devenue pathologique (bradycardie) qu'à 18h25, heure à laquelle le Dr Y... a été prévenue ; qu'enfin, il résulte de ce dernier constat que le Dr Y... qui a immédiatement réagi par une brève tentative de forceps (uniquement la première cuillère) puis en pratiquant la césarienne, a procédé à l'extraction de l'enfant à 18h45 soit seulement 20 minutes après le début de la bradycardie signant la rupture utérine (cf. arrêt, p. 6 et 7) ;

ET AUX MOTIFS ADOPTES QU'il est constant que Christophe X... a présenté à sa naissance le 15 septembre 1992 les signes d'une souffrance foetale aiguë due à un accouchement difficile, ses lésions et séquelles étant directement liées au traumatisme obstétrical à l'origine des troubles circulatoires du foetus (anaxo-ischémie cérébrale) ; qu'en vertu du contrat médical conclu avec Mme Maria B... épouse X..., la Fondation Hôpital Saint-Joseph était tenue de lui prodiguer des soins attentifs, consciencieux et conformes aux données acquises de la science médicale à la date de ceux-ci, étant précisé que cette obligation, qui n'est que de moyens, concerne tant le diagnostic et les investigations préalables que les soins eux-mêmes et leur suivi ; que la responsabilité de l'établissement est engagée dès lors qu'il est établi un manquement à cette

<https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/cour-de-cassation-4-mai-2012-n11-17-022-diagnostic-evenement-naturel-absence-de-faute/>

obligation en relation directe et certaine avec le préjudice invoqué ; que les consorts X... font valoir que des erreurs ont été commises aussi bien lors du suivi de la grossesse que lors de l'accouchement, qui ont peu pour conséquence un retard d'1 heure 15, nécessairement fautif, dans la prise de décision de procéder à une césarienne ; qu'ils reprochent au Dr Y... de n'avoir pas tenu compte du contexte de macrosomie foetale de l'enfant, de ne pas avoir décidé d'interpréter elle-même le tracé du rythme cardiaque à partir des premières anomalies, d'avoir tenté une manoeuvre obstétricale inaboutie et d'avoir pratiqué la césarienne au bloc opératoire et non en salle de travail ; qu'ils en concluent que « la perte de temps est évidente entre le début des bradycardies importantes à 17 heures 30 et l'accouchement à 18 heures 45 » ; que, s'agissant du grief tiré d'une erreur dans le suivi de la grossesse, il convient d'observer que les demandeurs se contentent de se référer au compte-rendu de l'échographie pratiquée le 12 août 1992, dans lequel il est mentionné un foetus en présentation de siège avec des mensurations évoquant un foetus macrosome, et d'évoquer un contexte de macrosomie sans toutefois préciser quelles auraient été les fautes commises par l'établissement de soins dans le suivi de la grossesse ; que la remarque de l'expert judiciaire concernant la conduite à tenir en cas de macrosomie avec foetus en siège (revoir la patiente trois semaines au plus tard et pratiquer très probablement une césarienne en cas de situation inchangée) ne permet nullement de retenir une négligence dans la surveillance de la grossesse, dès lors que Mme X... a été revue le 31 août, que le déclenchement a été prévu pour le 14 septembre en fonction des conditions locales réévaluées et que la dernière échographie mentionne que la présentation est céphalique ; que d'ailleurs le Dr Z... indique dans son rapport que la grossesse a été suivie régulièrement et conformément aux données actuelles de la science, en précisant qu'il n'y avait pas d'indication de césarienne de principe puisqu'il s'agissait d'une présentation céphalique chez une multipare et que la prise en charge de Mme X... dès son arrivée a été faite dans les délais normaux et la conduite à tenir a été habituelle ; que les défendeurs contestent l'existence d'une macrosomie en faisant état de l'analyse du dossier de Mme X... faite par le Pr F... qui indique que Christophe pesait à sa naissance 3. 560 gr, soit le même poids que son frère, ce qui n'est nullement macrosome (la macrosomie étant retenue au-delà de 4. 000 gr) et que ce poids correspondait à la mesure de la hauteur utérine (34 cm) prise à l'entrée dans la salle de travail, en expliquant que le diagnostic de macrosomie foetale, déjà en 1992, ne se faisait pas sur une échographie qui ne permettait pas, surtout à cette époque, de déterminer le poids de naissance ; que le Pr F... ajoute qu'il n'appartient pas à la bonne pratique, et déjà en 1992, de décider une intervention césarienne de principe, avant le début du travail parce que le foetus serait trop gros car ce doute est trop souvent infirmé et l'intervention, au minimum, inutile ; que dans la réponse au dire du conseil des défendeurs, le Dr Z... admet qu'il avait effectivement un « soupçon de macrosomie qu'il est toujours difficile d'affirmer en pre-partum », étant indiqué en tout état de cause que l'expert affirme dans le pré-rapport du 18 avril 2002 que la notion de macrosomie n'a peut-être pas été suffisamment prise en compte que ceci ne saurait constituer une faute ; que concernant la prise en compte de la suspicion de macrosomie pendant la phase d'accouchement, et notamment lors de l'apparition des décélérations contemporaines des contractions, les demandeurs font référence aux propos de l'expert judiciaire selon lequel « il aurait été utile compte tenu de ce contexte notamment de macrosomie que le médecin de garde en ait connaissance et interprète lui-même ce tracé » ; que toutefois l'expert judiciaire, qui indique que la cause de l'anoxie de l'enfant est liée à la rupture utérine de Mme X... à la phase terminale de son travail et confirme dans sa réponse aux dires des parties d'une part que « le traumatisme obstétrical subi par l'enfant n'a résulté que de la rupture utérine parfaitement imprévisible, ce qui est un accident gravissime » et d'autre part que « la situation dans laquelle s'est trouvée Mme le Dr Y... est une situation exceptionnelle dramatique » n'indique nullement que la décision de procéder à une césarienne aurait dû être prise à 17 heures 30 comme le soutiennent les demandeurs qui mentionnent un délai d'1 heure 15 entre le début des bradycardies importantes et l'extraction de l'enfant ; que le Dr Z... ne retient qu'un délai de 22 minutes entre l'altération du tracé et l'extraction de l'enfant, en indiquant expressément que le tracé du rythme cardiaque s'est altéré brutalement à 18 heures 23 en devenant agonique alors qu'il avait été normal jusqu'à 16 heures 25 et qu'étaient apparues de 16 heures 25 à 17 heures 25 des décélérations contemporaines de contractions, qui n'étaient pas « forcément péjoratives » ; que le Pr F... considère également qu'il n'existait aucune raison de pratiquer une intervention césarienne avant 18 heures 25 quand est survenue la bradycardie foetale ; qu'il explique que seul un arrêt de dilatation du col de l'utérus ou des « altérations franches du monitoring foetal, des ralentissements profonds et durables et sans rémission », ce qui n'est pas le cas en l'espèce, la dilation du col progressant correctement et les ralentissements du coeur foetal inscrits sur l'enregistrement à partir de 16 heures 20 ne revêtant pas un caractère inquiétant, auraient pu justifier une décision de césarienne ; qu'étant retenu que la décision de procéder à une césarienne ne pouvait pas être prise avant 18 heures 23, moment précis où la bradycardie a été enregistrée, il convient de déterminer si l'absence du Dr Y... dans la salle de travail et si sa tentative d'extraction de l'enfant par forceps et sa décision de transférer la patiente au bloc opératoire sont constitutifs d'une faute ; que l'expert judiciaire indique « regretter que le médecin de garde référent n'ait pas constaté lui-même les anomalies du rythme, qui replacées dans un contexte de macrosomie, auraient peut-être pu le rendre plus vigilant et amener la réalisation d'une césarienne quelques minutes plus tôt » ; que, cependant, ainsi que cela été précédemment indiqué, le contexte de macrosomie n'était pas établi et à supposer même qu'un « soupçon de macrosomie » ait existé, aucune faute professionnelle imputable à cette absence ne peut être retenue à l'encontre du Dr Y... qui, lors de l'appel de 17 heures 30 de la sage-femme lui faisant état de DIP I peu profond (100 battements par mn, maximum à 80) avec une récupération immédiate, d'un liquide amniotique clair, d'un travail progressant normalement pour une patiente « troisième pare » à 8 cm de dilatation, a estimé qu'il n'y avait pas lieu de décider d'une césarienne, aucun élément ne permettant de dire qu'en constatant elle-même le tracé, elle aurait pris une autre décision dès lors qu'il n'est pas établi ni même allégué que la sage-femme aurait commis une erreur dans la lecture du tracé ou dans ses constatations ; qu'il doit être au surplus relevé que le Dr Y..., appelée à 18 heures 25, est arrivée quasi-immédiatement dans la salle de travail puisqu'elle a procédé à la tentative de positionnement de la première cuillère du forceps à 18 heures 30 et qu'il n'y a donc pas eu de retard dans son intervention ; que s'agissant de la tentative de faire naître l'enfant par forceps ni l'expert judiciaire ni le Pr F... ne considèrent qu'il s'agissait d'une manoeuvre inconsidérée, étant précisé que le Dr Y... n'a procédé qu'à la pose de la première cuillère avant de décider immédiatement de procéder à la césarienne lorsqu'elle a constaté que l'extraction par

voie basse n'était pas possible ; qu'il doit être d'ailleurs relevé que cette tentative n'a pas été retenue comme la cause de la rupture utérine dès lors que la bradycardie avait été constatée préalablement à cette manoeuvre obstétricale ; qu'enfin, si le Dr Z... précise « que l'extraction aurait pu être pratiquée en salle de travail pour quelques précieuses minutes », il indique que son choix ne saurait lui être reproché et « sa conduite ne saurait être considérée comme fautive » ; qu'il est certain que le Dr Y..., en décidant de procéder à l'intervention chirurgicale dans le bloc opératoire avec un matériel adapté et un personnel spécialisé, situé à quelques mètres de la salle de travail, a peut-être perdu une ou deux minutes mais a aussi peut-être évité la survenue de risques hémorragiques ou septiques pour Mme X... ; qu'il résulte de l'ensemble de ces éléments que le Dr Y... n'a commis aucune faute professionnelle lors de l'accouchement de Mme X..., le temps de 20 mn pour extraire l'enfant du ventre de sa mère étant un délai admissible dans la pratique obstétricale ; qu'au surplus, il n'est pas établi que les « quelques précieuses minutes » gagnées auraient permis d'éviter les séquelles dramatiques présentées par Christophe, dès lors que son extraction ne pouvait être immédiate lors de la constatation de la souffrance foetale en raison de la nécessité d'effectuer une césarienne imposant un délai incompressible ; qu'en conséquence, la responsabilité de la Fondation Hôpital Saint-Joseph ne peut être engagée (cf. jugement, p. 6 à 10) ;

ALORS QUE le médecin commet une faute technique lorsqu'il adopte un comportement non conforme aux données acquises de la science médicale ; qu'en l'espèce, les consorts X... faisaient valoir dans leurs écritures que le Dr Y... n'avait pas réalisé le forceps selon les règles de sécurité médicale habituellement applicables en la matière, puisqu'elle aurait dû pratiquer cette manoeuvre obstétricale, dite forceps d'essai, au bloc opératoire et non en salle de travail (cf. concl., p. 12 § 5 à 8) ; que si le Dr Y... avait d'abord transféré Mme X... au bloc avant de tenter le forceps, puis de procéder à la césarienne après l'échec de cette première manoeuvre, elle aurait gagné de précieuses minutes, déterminantes pour éviter à l'enfant une anoxie prolongée ; qu'en se bornant à énoncer de manière inopérante que, selon le Dr Z... la conduite du Dr Y... n'avait pas été fautive (cf. jugement, p. 9 § 6) et que le transfert de Mme X... au bloc après l'échec de la manoeuvre au forceps, avait peut-être évité la survenue de risques hémorragiques ou septiques de la parturiente (cf. jugement, p. 9 § 7), sans rechercher, comme il lui était demandé, si la pratique d'un essai au forceps en salle de travail était ou non conforme aux données acquises de la science médicale, et s'il n'en était pas résulté une faute du Dr Y... qui avait contribué au préjudice de Christophe X... et des consorts X..., la cour d'appel a privé sa décision de base légale au regard de l'article L. 1142-1 du Code de la santé publique.