

## Cas obstétrique Janvier 2012

### Rupture utérine après un déclenchement non justifié médicalement

#### **JUGEMENT**

##### **Expertise**

Les deux experts, professeurs des universités, l'un chef de service de gynéco-obstétrique et l'autre de pédiatrie, confirmaient que l'état de l'enfant résultait des circonstances de l'accouchement, entraînant une anoxie cérébrale contemporaine et secondaire à la rupture utérine aiguë. La gravité de l'anoxie était attestée par l'état de mort apparente (Apgar à 0) et une mauvaise récupération à 30 min (Apgar à 6) malgré la réanimation entreprise. Cette anoxie s'était révélée, vers 13h, par la survenue d'un aplatissement du tracé du RCF et de plusieurs ralentissements, profonds et prolongés. Ces anomalies du RCF étaient contemporaines des anomalies des contractions utérines révélés par le tologramme à partir de 13h.

La rupture utérine résultait de deux séries de décisions : la décision de déclenchement de l'accouchement et la modalité de la conduite du travail.

En cas de déclenchement de l'accouchement, le risque de rupture utérine est élevé quand le col n'a pas été suffisamment modifié, ramolli, ouvert par son évolution naturelle et qu'il résiste à l'action des contractions du corps de l'utérus, jusqu'au risque de rupture. D'après l'expert obstétricien, le col n'était pas « mûr » (col à 50%, longueur perméable à un doigt). Il a résisté à la Spartéine (médicament dont l'usage avait été abandonné, il y a plus de 10 ans pour les risques élevés de rupture utérine qu'il entraînait), puis de l'ocytocine. Les rares annotations sur l'état du col ne permettaient pas de conclure qu'il était suffisamment favorable à un déclenchement. Les deux échecs successifs auraient dû faire renoncer à une troisième tentative, après démonstration que le col ne s'était pas modifié. La décision de déclenchement de l'accouchement devait, en outre, prendre en compte le risque de rupture utérine qui est plus élevé quand existe un antécédent d'interruption médicale de grossesse. Il ne semble pas cependant, dans ce cas, que la rupture soit médiane comme celles vues après plaie utérine par IVG ou curetage. L'imprudence de poursuivre le déclenchement le 19 juillet, après les échecs des deux précédents jours, était aggravée par le fait qu'il n'y avait pas d'indication médicale à ce déclenchement et qu'il aurait suffi d'attendre quelques jours pour que la maturité naturelle du col survienne et que ce troisième accouchement puisse se dérouler de façon physiologique.

La mauvaise surveillance et les décisions prises au cours du travail avaient également contribué à la rupture utérine. Le travail avait bien débuté mais, entre 12h et 13h, des anomalies survenaient. La dilatation du col n'avait pas progressé et restait la même, à 3 cm, comme à 12h, ce qui est très anormal au cours d'un troisième accouchement. Il apparaissait une bosse séro-sanguine ce qui traduit habituellement une anomalie d'adaptation de la tête au bassin et une difficulté mécanique de l'évolution de cet accouchement. Des ralentissements profonds du RCF avec une diminution des oscillations avaient été notés par la sage-femme (« *tracé plat et dip* »). Lorsque la patiente s'était plainte d'une vive douleur abdominale, il n'appartenait pas à la sage-femme de faire la distinction entre la diminution de l'efficacité de l'analgésie ou un signe de pré-rupture utérine. Elle avait outrepassé son rôle et sa fonction de sage-femme, responsable de la surveillance d'un accouchement quand il reste normal. Méconnaissant les signes d'alarme, elle avait commis une imprudence en n'appelant pas l'obstétricien. En effet, il était alors possible de décider d'arrêter la perfusion d'Ocytocine devant les phases d'hypertonie utérine, d'arrêter le déclenchement ou, mieux, de réaliser une césarienne sur les signes de souffrance fœtale apparus entre 13h00 et 13h40 avant la bradycardie terminale. La sage-femme a commis une imprudence en acceptant de faire une injection de Fentanyl® dans le cathéter de péridurale alors qu'elle n'est pas médecin anesthésiste, ni qualifiée en anesthésie (°). L'anesthésiste a également fait une faute en prescrivant par téléphone sans venir examiner la patiente

Au total, les experts attribuaient 40 % de la responsabilité du préjudice subi par l'enfant à l'obstétricien, 40 % à la sage-femme et 20 % à l'anesthésiste. Ils fixaient l'IPP qui ne sera pas inférieure à 100 % et évaluaient, dès à présent le *pretium doloris* à 7 / 7, le préjudice esthétique comme important et le préjudice d'agrément comme important.

(°) NDA--Depuis le 14 août 1991 et selon la nouvelle rédaction de l'article R. 4127-318 CSP, « *la sage-femme est autorisée, au cours du travail, à effectuer la demande d'anesthésie loco-régionale auprès du médecin anesthésiste-réanimateur. Elle en informe le médecin gynécologue-obstétricien.*

*Sous réserve qu'un médecin puisse intervenir à tout moment, la sage-femme peut participer à la technique d'analgésie loco-régionale pratiquée lors de l'accouchement, à l'exclusion de la période d'expulsion. La première injection doit être réalisée par un médecin. La sage-femme ne peut pratiquer les injections suivantes que par la voie du dispositif mis en place par le médecin. Elle peut procéder au retrait de ce dispositif ».*

### **Tribunal de Grande Instance (mars 2009)**

Le tribunal, se fondant sur le rapport d'expertise, retenait la responsabilité de l'obstétricien pour 50 %, de la clinique pour 30 % du fait de la sage-femme salariée qui, pour les magistrats, n'avait pas agi hors de ses fonctions et de l'anesthésiste pour 20 %.

Indemnité provisionnelle de 350 000 € et d'une rente mensuelle indexée de 1 200 €