

Le devoir d'information en gynécologie-obstétrique

RÉSUMÉ : L'accouchement est un acte naturel, qui ne constitue pas un acte médical nécessitant des informations spécifiques, comme le rappelle régulièrement la jurisprudence [1].

Cependant, dès le stade préconceptionnel et tout au long du processus de grossesse, l'obstétricien est tenu de délivrer à la femme enceinte une information claire, loyale et adaptée sur son état, sur l'accouchement et ses risques, compte tenu de sa situation. Toutefois, la grossesse pouvant devenir rapidement pathologique, le devoir d'information est indispensable.

Ce n'est qu'en cas d'urgence ou d'impossibilité d'informer personnellement la patiente que le médecin est dispensé de cette obligation légalement sanctionnée.



→ V. ESTÈVE
Avocate au Barreau de NICE.

L'article 35 du Code de déontologie médicale (devenu article R 4127-35 du Code de la santé publique) avait déjà consacré l'obligation d'information du professionnel de santé, obligation reprise et étoffée dans la loi du 4 mars 2002. L'obligation d'information du professionnel de santé est désormais codifiée à l'article L.1111-2 du Code de la santé publique (CSP). À cet arsenal législatif et réglementaire, s'ajoutent les nombreuses recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS) afférentes à l'information en matière obstétricale.

La responsabilité du praticien pour défaut d'information relève du régime de droit commun de la responsabilité qui nécessite la démonstration d'une faute, d'un dommage et d'un lien de causalité [2]. La spécificité en matière médicale, et particulièrement en gynécologie-obstétrique, tient au fait que la causalité est souvent complexe à établir [3], comme l'illustre la jurisprudence [4].

En outre, il faut savoir que, depuis le 3 juin 2010 [5], la Cour de cassation

admet l'existence d'un préjudice moral distinct qualifié d'autonome, résultant de l'impréparation psychologique de la parturiente au risque qui s'est réalisé et traduisant une atteinte à sa dignité.

Le devoir d'information s'impose au gynécologue tout au long de la grossesse et ce, jusqu'à l'accouchement et ses suites.

Devoir d'information et suivi de la grossesse

1. Le devoir d'information relatif aux examens nécessaires pendant la grossesse

Il convient de rappeler que les recommandations de la HAS [6] préconisent une information à donner à la femme enceinte.

• Lors du projet de grossesse

Dès que la femme, voire le couple, exprime un projet de grossesse, le praticien doit fournir une information

REVUES GÉNÉRALES

Juridique

exhaustive sur la grossesse envisagée, ses risques, notamment en fonction de l'âge de l'intéressée, de l'impact sur la fertilité (risque de diabète gestationnel, hypertension artérielle, troubles de l'hémostase) ainsi que toutes conséquences d'ordre personnel et professionnel (arrêts de travail). Cela est d'autant plus important que les femmes envisagent des projets de grossesse de plus en plus tardivement (cf. documents d'information HAS *"Projet de grossesse: informations, messages de prévention, examen à proposer"*, sept. 2009)

• Dès le début de la grossesse

Le praticien doit :

- expliquer les bénéfices d'un suivi régulier de la grossesse;
- proposer systématiquement un entretien individuel, ou en couple, dès le 1^{er} trimestre (accès sur la prévention et l'éducation). Cet entretien doit conduire à des séances de préparation à la naissance;
- proposer un programme de suivi, c'est-à-dire nombre, moment et contenu de chaque consultation (examen clinique, prescription d'examen avec une attention portée aux signes et symptômes pouvant affecter la santé de la mère et du fœtus), orientation vers une prise en charge spécifique si besoin;
- informer clairement la femme de son droit d'accepter ou de refuser un examen de dépistage (obligatoire comme la rubéole, la toxoplasmose [7], ou non obligatoire mais proposé systématiquement comme les marqueurs sériques de la trisomie 21 [8]), après lui avoir expliqué, avant sa réalisation, l'utilité, les bénéfices escomptés et les éventuels inconvénients et conséquences de cet examen.

En cas de grossesse à risques, il est recommandé [9] de donner à toute femme enceinte, dès l'entretien du 1^{er} trimestre, une information sur l'offre de soins existant dans le cadre du réseau périnatal (via un document

écrit d'information sur ce réseau, fourni en même temps que le carnet de maternité). En cas d'affection ou risque connu, il convient d'étendre l'information aux professionnels auxquels la patiente peut être amenée à s'adresser, notamment en urgence.

• Pendant la grossesse

Lors des six consultations prénatales suivantes, la HAS insiste sur l'information qui doit être fournie aux différents temps de la séquence de dépistage des malformations et infections (réalisation du test de dépistage, diagnostic prénatal et traitement prénatal) afin d'éclairer le choix des femmes enceintes. Le praticien insistera tout particulièrement sur les limites des résultats obtenus lors des échographies.

Dans l'hypothèse d'une grossesse à risque [10], les professionnels de santé doivent apporter aux femmes enceintes des informations sur le niveau de risque de leur grossesse. L'information doit être régulièrement adaptée en cas d'antécédent ou de pathologie préexistante pouvant avoir des répercussions sur la grossesse ou survenant pendant la grossesse (p. ex. herpès).

En présence d'un risque nécessitant une orientation vers d'autres professionnels, les professionnels de santé doivent communiquer entre eux avant d'informer la femme enceinte et, selon ses souhaits, son entourage. Il convient d'informer la femme enceinte des échanges d'informations réalisés entre les professionnels de santé et en cas de nécessité d'orientation, de l'informer sur les événements nouveaux survenus au cours de la grossesse et les modifications à apporter à la prise en charge.

Il s'agit de favoriser la compréhension et la participation active de la femme enceinte : **importance du dialogue praticien/patient(e) (cf. recommandations HAS) s'agissant de la délivrance**

de l'information, notamment lors du projet de grossesse.

Par ailleurs, le carnet de maternité doit toujours être rempli de façon très complète et très lisible susceptible à renseigner le mieux possible l'équipe médicale qui prendra en charge l'accouchement en cas d'absence de l'obstétricien.

La preuve de l'information incombe au praticien ; elle peut être apportée par tous les moyens. Néanmoins, il est recommandé de remettre des documents d'information spécifiques à la patiente qu'elle remettra à son gynécologue, datés et signés en gage de compréhension de l'information délivrée, permettant aussi à la femme enceinte de prendre conscience de l'importance des examens à faire pratiquer.

La délivrance d'une information exhaustive doit permettre à la patiente d'émettre un consentement ou un refus éclairé quant aux investigations auxquelles il est possible de recourir. Ainsi, en est-il en matière d'amniocentèse [11].

Nécessité de supports écrits permettant de rapporter la preuve d'une information précoce et régulière. En cas d'absence de documents spécifiques d'information, le tribunal se fonde sur des présomptions permettant de déterminer si l'information a été donnée telle que dossier médical (consignation du refus), comptes rendus, courriers adressés aux confrères... Dans ce cas, la preuve est plus difficile à rapporter.

2. Le préjudice lié au défaut d'information pendant la grossesse

Il donne lieu à une indemnisation partielle fondée sur la perte de chance pour la patiente d'éviter le dommage qui s'est réalisé. Dans cette hypothèse, le juge fixe un pourcentage lié à cette perte de chance, qu'il applique sur

chaque poste de préjudice. En matière obstétricale, le taux de perte de chance est très élevé. Le défaut d'information peut donner lieu en sus à l'allocation de dommages-intérêts pour préjudice moral d'impréparation ; mais d'application récente [12], il existe peu de jurisprudence. On peut s'attendre à une augmentation des contentieux dans un domaine particulièrement sensible.

Le défaut d'information pendant la grossesse lié à la perte de chance peut se situer à deux stades : d'une part, la possibilité pour la femme enceinte de mettre fin à la grossesse, d'autre part, le fait que l'enfant soit décédé sans que la mère ait reçu une information préalable.

>>> Concernant la première hypothèse, le défaut d'information est lié à l'absence d'information afférente à la nécessité d'examens complémentaires et de demandes d'avis spécialistes. C'est l'impossibilité pour la femme enceinte d'avoir le choix de recourir à une IVG, voire à une IMG, lorsqu'elle remplit les conditions y afférentes.

>>> Concernant la deuxième hypothèse (perte de chance d'éviter le décès de l'enfant), on peut citer un arrêt de la Cour d'appel d'Aix-en-Provence du 20 novembre 2013 n° 2013/464, dans lequel une césarienne avait été pratiquée en urgence alors que l'accouchement était prévu par prostaglandine. Au cours de la césarienne, une rupture utérine s'est produite et l'enfant est décédé. La Cour considère que si la patiente avait été informée de façon complète (sur les différents modes d'accouchement), elle aurait vraisemblablement refusé l'accouchement par prostaglandine et préféré une césarienne. La responsabilité du praticien est engagée au titre de "la perte de chance d'éviter le décès de l'enfant". La Cour d'appel a évalué la perte de chance à 90 % du préjudice moral de chaque parent.

POINTS FORTS

- ⇒ Importance du dialogue praticien/patiente (cf. recommandations HAS) s'agissant de la délivrance de l'information, notamment lors du projet de grossesse.
- ⇒ Nécessité de supports écrits permettant de rapporter la preuve d'une information précoce et régulière.
- ⇒ Nécessité d'informer la patiente des risques, même exceptionnels.
- ⇒ Nécessité de se conformer aux recommandations de la HAS relatives aux indications de la césarienne programmée.

Devoir d'information et accouchement

Ainsi qu'il a été précisé supra, en cas d'absence de pathologie particulière, ou de complication prévisible, l'accouchement spontané en présentation céphalique par voie basse ne donne pas lieu à une information particulière, même en cas de complication grave [13].

Dans une affaire récente, le praticien n'a pas été condamné pour défaut d'information à la suite d'une asphyxie fœtale non prévisible (extraction par forceps), la Cour rappelant que la grossesse s'était déroulée sans difficulté, et que le gynécologue n'avait pas manqué à son devoir de conseil quant au type d'établissement [14].

Il est recommandé de donner à la femme enceinte des informations sur la maternité, les pratiques utilisées et les interventions éventuelles. Elles ont l'avantage de mieux préparer psychologiquement la patiente, en cas de survenue de complication.

En cas de nécessité en cours d'accouchement, le recours à l'usage de forceps ne peut générer un défaut d'information dans la mesure où il n'est pas prévisible, ce qui paraît légitime dans le cadre de l'urgence (**Civ 1^{re}**.

17 décembre 2009, n° 08-21.206 et n° 08-21.878). Tel n'est pas le cas, pour déclenchement, siège [15], VBAC.

1. Nécessité d'information pour tout accouchement pathologique

• Nécessité d'informer la patiente des risques même exceptionnels

Lorsque la patiente présente des risques particuliers, l'information s'impose. Tel est le cas pour les grossesses difficiles (telles que jumeaux, siège, utérus cicatriciel, placenta *prævia*, éclampsie, césarienne). Ainsi, si la femme enceinte veut accoucher par voie basse alors qu'elle présente des antécédents, le gynécologue-obstétricien doit donner une information sur les risques inhérents à un tel accouchement [16].

• Nécessité de se conformer aux recommandations de la HAS relatives aux indications de la césarienne programmée [18].

Par ailleurs, en cas d'accouchement par césarienne, le gynécologue-obstétricien doit informer personnellement sa patiente des raisons justifiant ce mode d'accouchement et des complications possibles, en l'absence de démonstration d'une urgence ou de l'impossibilité d'informer pleinement sa patiente [17].

REVUES GÉNÉRALES

Juridique

2. Dispense de l'obligation d'information

Il paraît évident que la patiente ne peut invoquer un défaut d'information en cas d'**urgence** lors de l'accouchement, l'article L 1111.2 du CSP dispensant le praticien de donner une information en cas d'urgence ou d'impossibilité de donner une information.

Par ailleurs, la Cour d'appel de Montpellier, dans un arrêt du 12 février 2013 [19], n'a pas retenu de manquement à l'obligation préalable d'information à la suite d'une ligature des trompes pratiquée au cours de l'accouchement en présence d'un **impératif médical**.

Toutefois, lorsque la ligature des trompes peut être prévisible, l'information doit être donnée. Enfin, en cas de **refus** de la patiente d'être informée, le praticien aura tout intérêt à se ménager une preuve par écrit. En effet, il est certain que les tribunaux apprécient strictement les dispenses d'information précitées.

À l'analyse de ces décisions, il peut être observé que les juges se réfèrent implicitement aux recommandations de la HAS. Leur strict respect par les praticiens et la bonne tenue du dossier médical contenant l'ensemble des éléments d'information communiqués à la patiente permettraient d'éviter la majeure partie des contentieux liés

à l'information. Autrement dit, l'exigence d'information qui pèse sur le gynécologue-obstétricien nécessite une vigilance accrue du praticien.

Bibliographie

1. CAA Douai, 3 juillet 2007.
2. LAMBERT-FAIVRE Y, PORCHY-SIMON S. *Droit du dommage corporel-systèmes d'indemnisation*. Dalloz – novembre 2011.
3. Rapport "Pour une réforme du droit de la responsabilité civile" sous la direction de F. Terre, Dalloz – mars 2011.
4. Civ 1^{re} 31 mai 2007 n° 03-19365 (Survenue d'un plexus brachial – Défaut d'information de la patiente – Pas de condamnation de l'obstétricien – Absence de lien de causalité). CAA Lyon 19 avril 2012 (Accouchement par voie basse-embolie amniotique – Pas de défaut d'information en lien avec le décès).
5. Civ. 1^{re} 3 juin 2010, n° 09.13591, article de P. Sargos "Deux arrêts « historiques »" en matière de responsabilité médicale générale et de responsabilité particulière liée au manquement d'un médecin à son devoir d'information", in D. 2010, p. 1522.
6. Recommandations professionnelles de la HAS "Comment mieux informer les femmes enceintes ?", avril 2005.
7. Recommandations en santé publique de la HAS "Surveillance sérologique et prévention de la toxoplasmose et de la rubéole au cours de la grossesse", octobre 2009.
8. Arrêtés du 23 juin 2009 – "Nouvelles stratégies de dépistage de la trisomie 21 : impact et mise en œuvre", Pr M. Dommergues, Service de Gynéco-obstétrique AP HP, sur le site has-sante.fr
9. Recommandations de Bonnes Pratiques de la HAS "Grossesses à risque : orientation des femmes enceintes entre les maternités en vue de l'accouchement", décembre 2009.
10. RBP HAS précitées "Grossesses à risque".
11. Civ 1^{re} 4 janvier 2005 : Amniocentèse nécessaire Enfant trisomique – Présomptions d'information – Traçabilité de l'information dans le dossier médical : mention de l'opportunité de l'examen et refus exprès de la patiente – Courrier adressé par le médecin à un radiologue pour échographie de substitution. Rejet de la demande.
12. Civ 1^{re} 3 juin 2010 précité, rapport annuel 2010 de la Cour de Cassation.
13. CAA Douai 18 décembre 2012 : accouchement par voie basse – Pas de risque prévisible – Déchirure périnéale et sphinctérienne – Incontinence anale sévère – Pas de défaut d'information.
14. CA Paris, 19 décembre 2014, n°13/14171 : accouchement en piscine.
15. Cass. Civ. 9 octobre 2001 (00-14564) accouchement en 1974 – Siège – Manœuvres obstétricales – Dystocie des épaules – Risque exceptionnel – Défaut d'information (action initiée par l'enfant une fois majeur).
16. CA Paris 26 avril 2013, n°11/14855 hystéroplastie d'agrandissement sur une cavité utérine DES – Utérus cicatriciel – Choix accouchement voie basse – Césarienne en urgence – Enfant avec troubles moteurs – Défaut d'information sur les risques liés au choix d'un accouchement par voie basse, compte tenu de sa situation.
17. CA Metz, 15 janvier 2013, n° 11/01890, 12/00692.
18. Rapport de la HAS "Indications de la césarienne programmée", janvier 2012
19. CA Montpellier, 12 février 2013, n°11/05202.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.