

Expertise

IMOC et justice.

Les limites à ne pas dépasser (à propos des discussions sur l'imputation d'une IMOC à une hypoxie intrapartum)

Cerebral palsy and Court claims

Bernard Seguy^{*,1}, Claudine Amiel-Tison²

9, rue Racine, 75006 Paris, France

Résumé

Si la plupart des Infirmité Motrice d'Origine Cérébrale (IMOC) sont liées à diverses pathologies anténatales, il n'en reste pas moins vrai qu'un pourcentage de l'ordre de 20 % est lié directement et exclusivement à des accidents aigus (rupture utérine, hématome rétroplacentaire, accidents funiculaires, etc...) ou à des fautes (mauvaises pratiques) commises par l'équipe obstétricale, pendant le travail d'accouchement. De plus, ce pourcentage « officiel » ne concerne que les formes sévères de l'IMOC, pathologie dont on connaît mieux, maintenant, le spectre. Devant l'inflation des contentieux obstétricolégaux, un consensus s'est établi autour des critères définis, en 1999, puis en 2003, par « l'International Task Force on Cerebral Palsy » regroupant les principaux syndicats américains de professionnels. Appliqués à la lettre, ces critères permettent à certains experts ou certains médecins-conseils des assurances d'éliminer toute cause intrapartum. La suggestion d'une cause pathologique anténatale devient ainsi trop souvent un réflexe automatique de la défense. Cette situation insupportable pour les victimes a entraîné une contre-attaque vigoureuse de leurs défenseurs, médecins ou avocats. Quelques exemples récents nous obligent à tirer la sonnette d'alarme et à rappeler fermement qu'il est des limites déontologiques et éthiques à ne pas dépasser afin que les enjeux financiers ne dominent pas le débat, au détriment de la vérité des faits et de la juste indemnisation des victimes.

© 2010 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Infirmité Motrice d'Origine Cérébrale ; Responsabilité médicale ; Expertise obstétricale ; Imputabilité médicolégaie ; Lien de causalité

Abstract

If most of the Cerebral Palsy (CP) are bound to diverse antepartum pathologies, it appears nevertheless that a percentage, of the order of 20 %, is bound directly and exclusively to acute accidents (uterine rupture, placental abruption, cord accidents, etc.) or to medical faults (bad practices) committed by the obstetric team during childbirth. Furthermore, this “official” percentage concerns only the severe forms of the CP, pathology the spectrum of which we know better, now. In front of the inflation of obstetrical malpractice claims, a consensus was established around the criteria defined, in 1999, then in 2003, by the “International Task Force on Cerebral Palsy” clustering main American professionals' syndicates. Literally applied, these criteria allow certain experts and/or certain insurances' lawyers to eliminate any intrapartum cause of CP. The suggestion of a pathological antenatal cause becomes too often an automatic reflex of the defense. This unbearable situation for the victims launched a strong counter-attack of their defenders. Some recent court cases compel us to ring the alarm bell and to remind firmly that there are ethical limits not to be transgressed so that the financial component do not dominate the debates, to the detriment of the truth of the obstetrical facts and the just compensation of the victims.

© 2010 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Cerebral Palsy; Obstetrical malpractice; Medical Responsibility; Expertise (obstetrics)

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : b.seguy@orange.fr (B. Seguy).

¹ Expert honoraire près la Cour d'Appel.

² Professeur honoraire de Pédiatrie.

Les obstétriciens sont trop souvent attaqués en cas d'Infirmiété Motrice d'Origine Cérébrale (IMOC), nous le savons. Il faut donc les défendre, nous le faisons. Mais jusqu'où ?

Faut-il défendre « à tout prix », même lorsque la succession des faits rend incontournable la relation de cause à effet entre naissance et IMOC ?

Nous ne le pensons pas : les experts et médecins-conseil qui pratiquent ce « jusqu'au boutisme » trahissent l'honneur de notre profession.

Accepter honnêtement le lien causal entre asphyxie intrapartum et IMOC ne signifie pas systématiquement faute de la sage-femme ou de l'obstétricien. Le travail de l'expert est de reconstituer les faits, dans telle salle de travail, telle année, sur tel fœtus susceptible d'avoir été fragilisé par une hypotrophie, par exemple. Ou encore de dégager l'obstétricien d'une partie de sa responsabilité devant des accidents qui surprennent par leur brutalité (un décollement prématuré du placenta, une rupture utérine, un problème de cordon) : la césarienne n'est pas toujours possible dans des délais utiles.

La polémique est actuellement aiguë sur ce sujet brûlant et provoque attaques et contre-attaques par voie de publications. L'un de nous a publié ici même, en 2006, un article intitulé « Excès juridique : césarienne alibi et césarienne salvatrice » [1]. Les critères retenus ont déclenché une réponse critique de la part de Me Philopoulos, avocat spécialisé dans le Recours, c'est-à-dire la défense des droits des victimes [2]. Une réponse a été publiée sous le titre « À propos de la critique des critères d'imputabilité d'une IMOC » [3] par C. Racinet, B. Carbone, J. Lansac et J. Thevenot.

Si nous sommes d'accord avec les grandes lignes de cette « Réponse » de Racinet et al., il nous semble néanmoins regrettable qu'elle pêche par « omission », oubliant en effet de préciser pour le lecteur, le contexte dans lequel les critères d'imputabilité de la Task Force ont été rédigés, et le cadre déontologique et éthique dans lequel ils doivent être interprétés et appliqués.

1. La controverse sur les critères de l'Infirmiété Motrice d'Origine Cérébrale

En effet, il convient de rappeler que ces critères anglo-saxons, créés en 1999 (Task Force, Mac Lennan) et remaniés en 2003, l'ont été sous l'égide des associations et syndicats d'obstétriciens américains (American College of Obstetricians and Gynaecologists [ACOG], American Association of Pediatrics [AAP]) en défense de ces praticiens (qui croulaient sous les procès, les primes d'assurance et les condamnations indemnitrices) et pour être utilisés « par des juridictions de Droit ».

Ces critères et leur impartialité sont âprement critiqués actuellement aux États-Unis et au Canada tant par les associations de défense de victimes, très actives dans ces pays, que par d'éminents spécialistes qui ne sont pas entièrement d'accord avec l'objectivité et/ou la valeur scientifique de ces critères.

Comme on le lit dans la préface d'un article intitulé « Perinatal causes of cerebral palsy » paru dans « *Clinical Perinatology* » [4] :

« À mesure que l'on impose des critères de plus en plus restrictifs, la contribution de l'asphyxie à l'IMOC décroît. Peut-être les critères les plus restrictifs sont ceux proposés par le groupe de travail de l'ACOG dans leur rapport de 2003. L'utilisation de tels critères restrictifs produira une estimation basse inexacte des risques de l'IMOC consécutive à l'asphyxie à la naissance ».

En France, où ces critères américains ont été adoptés avec enthousiasme par les syndicats de spécialistes et par les défenseurs des assureurs, cette partialité avait été déjà clairement soulignée par le volumineux rapport de l'Inserm, en date du 4 juin 2004, sur « Déficiences ou handicaps d'origine périnatale », où, en page 223, on lit :

« Plus récemment, un groupe international de chercheurs (Task Force) a utilisé la même méthodologie, mais avec un objectif différent qui était celui d'aider les médecins experts appelés à se prononcer dans un cadre médico-légal sur une pratique clinique. Les critères retenus pour l'assignation à une origine périnatale étaient donc très restrictifs ».

Nous rappellerons également le tout récent article de Me Philopoulos, en réponse à la « réponse » [5]. Article fort documenté qui démontre que les critères de la Task Force, remaniés par l'ACOG, ne sont pas unanimement acceptés, et que, plus particulièrement, ils ne sont pas retenus tels dans l'étude internationale menée actuellement sur l'effet thérapeutique bénéfique éventuel d'une hypothermie thérapeutique en postnatal immédiat...

L'auteur écrit : « Cela démontre que le soutien d'un organisme officiel n'est pas toujours la garantie de la validité scientifique de ses publications » et plus loin, en parlant des IMOC inclus dans l'étude thérapeutique citée :

« Il est concevable que, entre des mains trop enthousiastes, ces cas pourraient ultérieurement être exclus de toute indemnisation d'un handicap par manque d'oxygène selon les critères ACOG-AAP, alors que ces enfants auraient été soumis à un traitement [hypothermie] justement en raison d'un manque d'oxygène à la naissance ».

Et l'auteur de conclure, sous le titre « Danger en France du mauvais usage des critères ACOG-AAP » :

« Dans un monde parfait, il est concevable que les critères ACOG-AAP soient utilisés dans le cadre médico-légal à bon escient, ce qui explique l'optimisme de Racinet et al. Néanmoins, cette espérance légitime ne se confirme pas toujours dans la pratique qui montre un usage parfois débridé des critères ACOG-AAP ».

Nous sommes entièrement d'accord avec les commentaires de Me Philopoulos, et, pourtant, nous ne pouvons pas être taxés de parti-pris en défaveur des obstétriciens, nos publications antérieures en donnant gages [6–11]. Nous pensons donc pouvoir apporter dans le présent débat un avis objectif et argumenté.

Cette démarche « restrictive » des associations professionnelles américaines était raisonnable puisque, par le passé, une IMOC était trop facilement considérée comme le résultat d'une faute obstétricale.

Cependant, pour éliminer à tout prix toute responsabilité obstétricale, une politique trop restrictive est pratiquée par certains défenseurs des assureurs. Ainsi, nous lisons dans la « Réponse » de plusieurs experts obstétriciens au texte de Me Philopoulos ([3], p. 158) :

« Un des avantages de cette grille a été de faire prendre conscience de ce caractère minoritaire de l'asphyxie perpartum et ainsi d'inciter à la recherche systématique de causes anténatales ».

Caractère minoritaire de l'asphyxie intrapartum, certes, mais pas inexistant pour autant : la dérive vers « l'anténatal à tout prix » est facile puisque les circonstances de risque anténatal peuvent être multipliées presque sans limite ; elles doivent donc être très sérieusement étayées avant de pouvoir éliminer une cause intrapartum.

Il ne nous paraît pas possible de fermer la porte à toute critique de la conduite obstétricale en arguant du caractère « latent » de beaucoup de causes anténatales. En effet, celles-ci laissent quasiment toujours une trace avant le début ou en début de travail, ou à la naissance : soit au niveau de l'aspect du monitoring (microvoltage caractéristique) ; soit au niveau de la taille et du poids de l'enfant (hypotrophie traduisant un retard de croissance intra-utérin) ; soit au niveau de l'examen de l'enfant (notamment les trois signes classiques : pouce cortical, palais ogival, chevauchement des sutures crâniennes), soit au niveau du liquide amniotique et du placenta (liquide teinté dès la rupture des membranes, altérations placentaires, signes d'infection fœtomaternelle). Même si la cause précise anténatale peut parfois être difficile à étiqueter, les stigmates, eux, sont bien là. Enfin, l'analyse du périmètre céphalique (PC) à la naissance, en fonction des autres mensurations, et la courbe de ce périmètre sont indispensables et éloquents. Un PC normal à la naissance, suivi d'un infléchissement au cours des mois suivants, apporte une forte présomption pour une cause aiguë intrapartum (si la cause est anténatale, le PC est déjà trop bas à la naissance).

Et pourtant, déjà en 2002, S.M. Donn dans le chapitre « *Medicolegal implications of hypoxic-ischemic brain injury* » de son ouvrage de référence « *Birth asphyxia and the brain* » (2002, Futura Pub. Armonk N.Y.) écrivait (p. 390) : « if cases are to be successfully defended on the grounds that the injury was incurred before the onset of labor, expert witnesses will need to provide more evidence than simple citation of the epidemiologic research that points to ante partum risk factors. The arguments for causal ante partum hypoxia is strengthened if the expert witness can point to several indices consistent with ante partum hypoxia ». Ce qui se traduit par : « Pour défendre avec succès des dossiers sur l'argumentaire que l'atteinte hypoxique a été subie avant le début du travail, l'expert aura besoin d'apporter des arguments d'une évidence autre que la simple citation de la recherche épidémiologique pointant sur les facteurs de risque ante partum. L'argumentaire en faveur d'une cause ante partum d'hypoxie est étayé si l'expert est capable de montrer plusieurs indices validant une hypoxie anténatale ».

Nous ferons remarquer que les mêmes experts qui épluchent le listing très limitatif d'événements « sentinelles » concocté par l'ACOG, se gardent bien de fournir des arguments un tant

soit peu convaincants pour expliciter leur trop facile recours à une hypothétique cause anténatale non étiquetée. Autrement dit, la cause anténatale, qui exonère l'assureur et l'obstétricien, n'a pas besoin d'être prouvée, car « elle va de soi », alors que l'hypoxie intrapartum doit, pour l'ACOG, être démontrée par une succession d'arguments en cascade qui sont tout simplement impossibles à réunir, car ne correspondant pas à la réalité des événements obstétricaux. La vérité de chaque cas particulier s'efface devant un listing arbitraire établi non consensuellement mais unilatéralement par ceux qui ont intérêt à rendre impossible la validation de tous les critères accumulés. En éliminant ainsi artificiellement de nombreux cas d'hypoxie intrapartum, on minimise du même coup leur fréquence, ce qui permet de faire état ensuite de statistiques artificiellement minorées. Et la boucle est bouclée qui permet d'affirmer tranquillement que les IMOC d'origine intrapartum représentent moins de 5 % des cas. Les pourcentages publiés dans la littérature récente sont compris dans une fourchette 15 à 25 %. De plus, il est reconnu que ces chiffres sont nettement sous-estimés dans un but défensif ([14] ; Schifrin 2009).

2. À propos des événements sentinelles

Même s'ils sont minoritaires, les cas d'IMOC liés à une souffrance aiguë pendant le travail survenant sur un enfant antérieurement parfaitement sain existent indiscutablement.

Parfois, ils s'accompagnent de ce que les auteurs anglosaxons appellent un événement sentinelle qui signe la cause de l'asphyxie intrapartum. Cet événement sentinelle peut être, parfois, « bruyant » et parfaitement visible : procidence ou latérocidence du cordon ombilical hors du vagin, hémorragie d'un placenta praevia, décollement prématuré d'un placenta normalement inséré, brusque hypotension maternelle. Dans ces cas-là, l'événement sentinelle est la cause même de la grave et brutale perturbation circulatoire à l'origine d'une asphyxie fœtale aiguë.

Mais une sentinelle n'est habituellement pas le danger ou la cause du danger lui-même, son rôle est de donner l'alarme en cas de danger. La perdurance anormalement longue d'une dystocie dynamique, l'existence plus ou moins reconnue d'une dystocie mécanique, l'apparition d'une grosse bosse sérosanguine, etc. peuvent donner l'alarme pour une équipe obstétricale qui se doit alors d'augmenter son niveau de vigilance.

Le listing arbitraire, fourni à titre d'exemple dans certaines publications, n'est qu'une énumération limitée à certains accidents dramatiques en cours d'accouchement, énumération qui n'évoque donc pas du tout les événements subaigus, certes moins spectaculaires ou frappants, mais qui n'en traduisent pas moins une difficulté obstétricale majeure dont la perdurance au fil des demies-heures pourra être à l'origine d'une asphyxie fœtale plus subaiguë qu'aiguë, mais aux conséquences cérébrales identiques. S'il suffit d'une dizaine de minutes d'anoxie pour altérer gravement un cerveau, une hypoxie de plusieurs dizaines de minutes aboutit au même résultat.

Nous citerons, à ce propos, une étude parue en 2006, dans *Obstetrics and Gynaecology* sous la signature de **Stribjiis** et al.,

et le titre « Cerebral palsy and the application of international criteria for acute intrapartum hypoxia » [12].

Cet article important a été longuement analysé par Boog dans le *Journal de Gynécologie, Obstétrique, Biologie* la même année [13], qui écrit : « un événement sentinelle comme une extraction instrumentale difficile ou une dystocie sévère des épaules... » Il note également : « un événement sentinelle manifeste n'a été mis en évidence que dans 0,9 % des cas ». L'événement sentinelle n'est donc pas la norme, c'est l'exception !!

Ainsi, une dystocie mécanique comme une dystocie des épaules ou une dystocie d'engagement, une extraction instrumentale difficile ou impossible constituent bien un événement sentinelle ; bref toute situation « subaiguë » dont l'effet traumatique et/ou la perdurance peuvent aboutir à une asphyxie fœtale en cours de travail.

3. À propos des comptes rendus pédiatriques

La lecture de beaucoup de documents fournis à la Justice, nous incite à quelques commentaires concernant les rôles et interactions entre obstétricien et pédiatre au sein du Collège expertal désigné par les Magistrats.

Certains experts obstétriciens dénie aux experts pédiatres tout droit de discuter la conduite obstétricale : c'est nier « l'esprit périnatal », en confinant le rôle du pédiatre à la première minute de la vie extra-utérine, qui n'aurait, ainsi, pas le droit de donner son opinion sur le RCF ou sur l'indication d'une césarienne. Alors même que ces experts obstétriciens s'arrogent le droit de juger du déroulement des événements et des comptes rendus de l'imagerie postnatale. C'est revenir 50 ans en arrière. Dans une véritable équipe périnatale, chacun a le droit et le devoir de se renseigner sur « l'avant » et « l'après » de la naissance. Le rôle du pédiatre, dans ce domaine, est de rechercher la vérité des faits médicaux, et la cohérence de l'ensemble de la situation.

L'attitude des pédiatres mérite aussi quelques commentaires car ils favorisent trop souvent les interprétations divergentes en période postnatale, par le manque de rigueur de leurs conclusions. Ainsi, il est courant de lire dans un « résumé de sortie » : « apnées accompagnées de mouvements anormaux au cours des premières 48 heures ayant nécessité quelques jours d'assistance ventilatoire, absence de succion n'ayant permis l'alimentation autonome qu'à j18, anomalies de l'EEG suivies d'une normalisation en fin de seconde semaine, imagerie normale (après les signes initiaux d'œdème cérébral). Enfin, l'examen neurologique de sortie est normal mise à part une hypotonie ».

Dans ce cas, deux lectures sont possibles :

- celle du médecin-conseil de la famille : « état de mal convulsif avec récupération lente de la succion et persistance d'une hypotonie, c'est-à-dire une encéphalopathie néonatale dans sa forme sévère ». De plus, s'il a la chance d'avoir en main l'intégralité du dossier pédiatrique, il trouvera souvent une anurie des premières 24 heures. Il soulignera donc l'absence de maillon manquant entre les événements asphyxiques et l'évolution vers une IMOC ;
- celle du médecin-conseil de la compagnie d'assurances : « ventilé pour des apnées, un peu lent pour établir une ali-

mentation autonome et un examen neurologique de sortie normal ». Pas d'atteinte multiviscérale, s'il s'est contenté du résumé. Mais ce médecin-conseil devrait comprendre que la formule « normal, mise à part une hypotonie » est aussi absurde que « normal, mise à part une impotence persistante du membre supérieur gauche » après une dystocie des épaules...

Ainsi, par manque de rigueur et/ou wishful thinking, les pédiatres apportent-ils, de façon plus ou moins consciente, des éléments pour nier l'asphyxie intrapartum : pas d'encéphalopathie, pas d'atteinte multiviscérale... et, donc, il faudra chercher une cause anténatale !!

Répéter inlassablement que « plus de 80 % des IMOC sont d'origine anténatale » tend à l'évidence à enfoncer dans l'esprit des non-médecins (les magistrats et les avocats) que le dossier qu'ils étudient ne peut que faire partie, statistiquement, de cette majorité. Or, en réalité, ce chiffre peut varier largement selon le niveau technique du lieu de naissance.

Dans son ouvrage de référence « *Neurology of the Newborn* », J. Volpe [14] écrit (p. 332) :

« Si l'on considère les six méta-analyses portant sur les enfants nés à terme dans les trois dernières décades, les données sont remarquablement constantes en montrant que 17 à 24 % des cas d'IMOC sont dues à une asphyxie intrapartum ».

L'auteur écrivait d'ailleurs un peu plus haut :

« Parmi les nombreuses conséquences négatives de l'explosion des plaintes contre les obstétriciens est apparue une tendance, chez certains professionnels, à nier l'importance voire même l'existence d'atteintes cérébrales perpartum.../... le déni de l'existence de lésions d'origine intrapartum peut freiner le développement et la mise en place de thérapeutiques préservant le cerveau ».

C'est abandonner l'objectivité que les Tribunaux attendent, avec raison, d'un expert judiciaire que de faire constamment rentrer de force les faits dans un moule tendant à démontrer que la conduite obstétricale était parfaite. Dans un tel état d'esprit, l'analyse des faits médicaux disparaît sous des interprétations biaisées en raison du but poursuivi par l'expert.

4. L'importance des experts

La situation de crise aiguë qu'ont vécue avant nous les États-Unis en matière de poursuites contre les obstétriciens et l'énormité des sommes en jeu ont conduit les experts américains à appartenir clairement à l'un des deux groupes suivants : défenseur de la famille et donc de l'enfant victime ou défenseur de l'équipe obstétricale et donc des assurances.

Jusqu'à présent, on pouvait s'enorgueillir en France d'une situation plus juste : un expert, désigné par le juge, est là pour une analyse « objective », « une synthèse périnatale », une proposition objective pour le tribunal sur les responsabilités, les fautes éventuelles, ou, au contraire, l'absence de faute. Il nous semble malheureusement que nous sommes en train de rejoindre la situation nord-américaine.

Et d'autant plus facilement que les experts les plus connus, c'est-à-dire les plus désignés par les Tribunaux, sont souvent sollicités également par les assureurs. Ils portent donc une double casquette, jouant ainsi un rôle de médecin-conseil des assureurs par intérim, dont on comprend facilement le danger déontologique. Et ce, même s'il est facile de trouver un alibi « moral » dans la défense « à tout prix » d'une profession attaquée, cet alibi moral ne devenant trop souvent qu'un corporatisme outrancier allant parfois jusqu'au déni systématique et préventif de toute faute obstétricale potentielle.

Ce n'est pas nous qui le disons mais le panel de personnalités du plus haut niveau consultées par le Médiateur de la République et son équipe pour la rédaction de son rapport « Proposition de réforme de l'expertise médicale judiciaire » de juillet 2009 [15], présenté devant le Sénat et dont nous avons extrait les quelques phrases ci-dessous :

« La grande majorité des expertises est concentrée entre les mains d'un petit nombre d'experts reconnus (p. 1, dernière ligne).

La question de l'indépendance et de l'impartialité des experts est centrale, car elle peut être à l'origine de suspicion à l'égard de l'institution expertale (p. 5, § IV).../... Il existe des règles de déontologie auxquelles doit se soumettre un expert. Ces règles exigent notamment qu'il se détermine exclusivement à partir des données scientifiques, en faisant abstraction de toute opinion ou appréciation subjective, et qu'il conserve une indépendance absolue, ne cédant à aucune pression ou influence.../... Il apparaît à l'expérience que le respect de ces règles devrait être renforcé. De fréquentes contestations portent sur le fait que l'expert nommé peut exercer, par ailleurs, des fonctions de médecin-conseil au sein de compagnies d'assurance.

Propositions de réformes (p. 6) :

- exiger de l'expert qu'il déclare préalablement à chaque désignation l'absence de tout conflits d'intérêt. Dans cet objectif, la Cour de Cassation recommande, au titre de bonnes pratiques, de faire souscrire une déclaration d'indépendance par l'expert lors de chaque désignation ;
- prévoir des règles de délocalisation ;
- instaurer une incompatibilité légale entre les fonctions de médecin-expert judiciaire et de médecin-conseil d'une société d'assurance. Il faut garder à l'esprit que les médecins-conseils sont dépendants de celui qui leur confie une mission, et qui est également celui qui règle leurs honoraires.

Contrôle de la qualité des expertises (p. 6, § V). Ce contrôle apparaît insuffisant dans le sens où il n'existe pas de dispositif permettant une évaluation objective de la pertinence du raisonnement, des arguments et des conclusions déployés dans le rapport d'expertise ».

Respect du contradictoire (p. 7, § VI). Le principe du contradictoire est un pilier du droit français, mais aussi international et européen, et se trouve au cœur de la procédure judiciaire. Il paraît toutefois insuffisamment mis en œuvre concernant les expertises ».

Dans ce contexte, on comprend mieux l'abondance de textes publiés dans la littérature obstétricale française (souvent sous la même signature...) aboutissant à une construction défensive basée sur une argumentation standardisée et facile à utiliser. Chacun pourra ainsi faire référence à des écrits entièrement axés sur « la défense à tout prix ». Un exemple surprenant concerne un texte sur la dystocie des épaules qui, pour certains, serait rarement un accident obstétrical, mais le plus souvent le résultat d'une pathologie anténatale... Il ne suffit pas de répéter une affirmation fautive pour qu'elle devienne vérité... .

Le pourcentage de procès gagnés en faveur d'obstétriciens en accusation ne peut pas faire l'objet pour un expert des vantardises d'un tableau de chasse.

Il découle de ces « procédés » une négation a priori de tout « contradictoire » potentiel, puisque les opinions émises par ces experts, ou ceux qui se réfèrent à leurs écrits, ne peuvent plus être discutées : c'est la vérité « révélée », et toute autre interprétation, coupable de lèse-majesté. On voit ainsi escamoté « le débat contradictoire », cher aux magistrats.

Cela n'est pas une vue de l'esprit. Nous avons lu récemment, dans un dossier pénal, la phrase suivante : « La compétence et la notoriété des experts qui sont cités rendent tout nouvel avis dans cette procédure difficile, car il est impossible de faire abstraction de ces avis préalables ».

Certes, des conclusions définitives ne sont pas toujours possibles, il nous semble cependant que la confrontation d'expériences diverses permet souvent d'approcher au plus près la vérité des faits. L'obstétrique est un métier difficile. Les obstétriciens et les sages-femmes sont trop souvent attaqués, ils doivent être défendus le mieux possible quand ils sont défendables, et nous nous y sommes employés depuis des décennies. L'« intime conviction » de l'expert s'appuie trop souvent sur l'aphorisme suivant : ce qui est rare est exceptionnel et ce qui est exceptionnel n'existe pas. Donc puisque l'IMOC n'est liée à une asphyxie intrapartum « que dans 15 à 25 % des cas », on peut en conclure que la cause est toujours anténatale...

Il faut savoir raison garder et il y a des limites déontologiques et éthiques qu'il faut ne pas franchir.

Références

- [1] Seguy B. Excès juridiques : césarienne alibi et césarienne salvatrice. *Med Droit* 2006;(81):149–50.
- [2] Philopoulos D. Critères américains d'imputabilité médico-légale d'une IMOC. *Med Droit* 2008;(88):14–6.
- [3] Racinet C, Carbonne B, Lansac J, Thévenot J. À propos des critères d'imputabilité d'une IMOC. *Med Droit* 2008;92:157–9.
- [4] Hermansen M.C. Perinatal causes of cerebral palsy. *Clin Perinatol* 2006;33:XVI.
- [5] Philopoulos D. Critères d'imputabilité d'une IMOC à un manque d'oxygène pendant l'accouchement. *Med Droit* 2009;(97):115–9.
- [6] Seguy B. L'obstétricien face aux experts et aux magistrats. *Rev Fr Dom-mage Corpor* 2004;30(4), éditorial.
- [7] Seguy B. Prévenir le risque juridique en obstétrique. Paris: Masson; 2006.
- [8] Amiel-Tison Cl. *Infirmité Motrice d'Origine Cérébrale*. 2^e ed. Paris: Masson; 2004.
- [9] Amiel-Tison C. *Neurologie périnatale*. 3^e ed. Paris: Masson; 2005.

- [10] Amiel-Tison C. Lutter contre l'inflation judiciaire en obstétrique (1^{re} partie) – assurer la défense de l'obstétricien. *Rev Prat Gyn Obst* 2004;83:36.
- [11] Amiel-Tison C. Lutter contre l'inflation judiciaire en obstétrique (2^e partie) – préserver la qualité de l'obstétrique. *Rev Prat Gyn Obst* 2004;84:16.
- [12] Strijbis EM, et al. Cerebral palsy and the application of international criteria for acute intrapartum hypoxia. *Obstet Gynaecol* 2006;107:1357–65.
- [13] Boog G. *Revue de Presse. J Gynecol Obstet Biol* 2006;35:629–31.
- [14] Volpe JJ. *Neurology of the newborn*. 5^e ed. Philadelphia: Saunders; 2008.
- [15] Médiateur de la République. <http://www.mediateur-republique.fr>.